А. Е. ЛИЧКО
В. С. БИТЕНСКИЙ

ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ

МЕДИЦИНА 1991

А. Е. ЛИЧКО
В. С. БИТЕНСКИЙ

ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ

Руководство для врачей

ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА»
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1991

ББК 57.3
Л66
УДК 616.89-008.441.13+616.89-008.441.33]-053 (035)

Рецензент: *Д. Н. Исаев,* д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой детской и подростковой психиатрии ЛПМИ

For Summary see page 303

Личко А. Е., Битенский В. С.

Л66 Подростковая наркология: Руководство.— Л.: Медицина, 1991.— 304 с.— ISBN 5—225—01359—7.

В руководстве изложены основы диагностики, лечения и профилактики раннего алкоголизма, подростковых наркоманий (опийной, гашишной, эфедроновой, первитиновой, кокаиновой) и токсикоманий (ингалянты стимуляторы, снотворные и транкилизаторы, галлюциногены и др.). Рассмотрены их отличия от сходных форм аддиктивного поведения (злоупотребления этими же средствами без зависимости от них).

Руководство предназначено для наркологов, психиатров и подростковых терапевтов.

Л $\frac{4108170000-102}{039(01)-91}$ 184—91 ББК 57.3

ISBN 5—225—01359—7

© А. Е. Личко, В. С. Битенский, 1991 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 13

ЧАСТЬ I. ОБЩАЯ ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ

Глава 1. **Определение основных понятий и критерии диагностики раннего алкоголизма, подростковых наркоманий и токсикоманий** 22
Основные понятия подростковой наркологии 22
Аддиктивное поведение 23
Переход аддиктивного поведения в болезнь 26
I стадия болезни (алкоголизма, наркомании, токсикомании) . . . 27
II стадия болезни 30
Классификация наркотиков и других токсических веществ 32

Глава 2. **Физиологические и социопсихологические особенности подросткового возраста как факторы развития раннего алкоголизма, наркоманий и токсикоманий** 34
Роль физиологических особенностей пубертатного периода 34
Значение возрастных социопсихологических особенностей — подростковых поведенческих реакций 35
Реакция группирования со сверстниками как ведущий социопсихологический фактор 38
Нарушения взаимоотношений в семье как предрасполагающий фактор 51
Мотивация и мотивировка 52
Другие социально-психологические факторы, способствующие аддиктивному поведению 56

Глава 3. **Акцентуации характера и психопатии как факторы, влияющие на аддиктивное поведение и формирование зависимости** . 58
Значение психопатического преморбида 58
Неустойчивый тип акцентуации характера и психопатии как фактор высокого риска 58
Особенности аддиктивного поведения при разных типах акцентуаций характера и психопатий 60

Глава 4. **Психозы в практике подростковой наркологии** 66
Острые интоксикационные психозы 66
Острые абстинентные психозы 68
Острые провоцированные эндогенные психозы 68
Острые провоцированные энцефалопатические психозы . . 70
Хронические интоксикационные психозы 70

Глава 5. **Обследование подростков, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами** . . 71
Особенности опроса подростков 71
Опрос родителей и других членов семьи 76
Сведения о подростке из других источников . . . 79
Искажающие установки 80
Осмотр подростка 81
Наблюдение за поведением 83

Психологическая диагностика в подростковой наркологии 84
Лабораторные методы исследования 92

Глава 6. **Общие принципы и методы лечения** 92
Задачи лечения на разных этапах 92
Показания к госпитализации и выбор стационара 93
Интенсивная дезинтоксикация при острых отравлениях . . . 96
Лечение абстиненции 100
Дезинтоксикация при хроническом отравлении 101
Лечение осложнений, вызванных длительным злоупотреблением . . 102
Подавление влечения и устранение зависимости 102
Противорецидивное лечение 109

Глава 7. **Профилактика раннего алкоголизма, наркоманий и токсикоманий** 110
Три основных типа профилактики в подростковой наркологии . . . 110
Первичная наркологическая профилактика 111
Система запретов и наказаний 111
Санитарное просвещение 114
Выявление групп риска 117

Глава 8. **Законодательные и административные меры по борьбе с ранним алкоголизмом, подростковыми наркоманиями и токсикоманиями** 118
Возраст и ответственность 118
Вовлечение несовершеннолетних в пьянство, употребление дурманящих средств и склонение к употреблению наркотиков 118
Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка и пересылка наркотических средств 119
Ответственность при опьянении и употреблении наркотиков . . . 121
Лишение родительских прав 121
Обязательное и принудительное лечение и освидетельствование при употреблении наркотиков 122

ЧАСТЬ II. ЧАСТНАЯ ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ

Глава 9. **Злоупотребление алкоголем и ранний (подростковый) алкоголизм** 123
Определение основных понятий 123
Особенности острой алкогольной интоксикации у подростков . . . 123
Чувствительность к алкоголю 123
Картина опьянения 124
Патологическое опьянение у подростков 127
Особенности опьянения при разных типах акцентуации характера и психопатии 129
Особенности реакции на малые дозы алкоголя 130
Особенности злоупотребления алкоголем без возникновения зависимости («донозологический алкоголизм» у подростков) 131
Отношение подростков к алкоголизации 131
Мотивация употребления алкоголя 132
Возраст начала употребления алкоголя 137
Роль семьи и наследственность 138
Значение компаний сверстников (реакции группирования) . . . 140
Признаки риска раннего алкоголизма 141
Групповая психическая зависимость и другие признаки «предболезни» 143
Начальные признаки раннего (подросткового) алкоголизма (I стадия) 144
Индивидуальная психическая зависимость 144
Повышение толерантности к алкоголю 145
Утрата количественного и ситуационного контроля 146
Исчезновение рвотного рефлекса 146
Другие начальные признаки алкоголизма 147
Особенности II стадии алкоголизма в подростковом возрасте . . . 148

Абстинентный синдром 148
Неодолимое влечение к алкоголю 149
Психопатизация 149
Особенности алкогольных психозов у подростков 149
Алкогольные делирии 149
Острый параноидный психоз 150
Особенности течения раннего (подросткового) алкоголизма . . . 150
Проблема злокачественности 150
Развитие алкоголизма по эпилептоидному типу 152
Развитие алкоголизма по неустойчивому типу 153
Формирование алкоголизма при других типах акцентуаций характера и психопатий 153
Диагностика алкоголизма в подростковом возрасте 154
Особенности лечения 154
Купирование алкогольного опьянения 154
Дезинтоксикация 156
Купирование абстинентного синдрома 156
Подавление первичного влечения к алкоголю 157
Психотерапия 158
Эффективность лечения по данным катамнеза 160
Организация лечения алкоголизма у подростков 161
Профилактика 162
Санитарное просвещение 162
Выявление контингента высокого риска развития алкоголизма . 163

Глава 10. **Ингалянты (злоупотребление и токсикомания)** 165
Определение и история распространения 165
Картины опьянения ингалянтами 166
Действующие вещества 166
Опьянение парами бензина 166
Опьянение парами пятновыводителей 168
Опьянение парами ацетона 169
Опьянение парами толуола и растворителей нитрокрасок . . . 170
Опьянение парами некоторых сортов клея 170
Атипичные опьянения 171
Галлюцинаторно-параноидное атипичное опьянение 171
Энцефалопатическое атипичное опьянение 172
Злоупотребление и токсикомания 173
Особенности злоупотребления 174
Диагностика токсикомании, вызванной ингалянтами 174
О стадиях токсикомании 175
Последствия хронической интоксикации: психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия 176
Лечение 179

Глава 11. **Галлюциногены (астматол, циклодол, димедрол)** . . . 181
Определение 181
История распространения 183
Клиническая картина интоксикации галлюциногенами 185
Астматоловый делирий 185
Циклодоловый делирий 187
Димедроловый делирий 190
Атипичные реакции на галлюциногены 191
Постгаллюцинаторные рецидивы 191
Галлюциногенный параноид 191
Галлюциногенная депрессия 192
Пристрастие к галлюциногенам 193
Дифференциальный диагноз 194
Лечение и профилактика 194

Глава 12. **Стимуляторы (эфедрон, первитин, фенамин, кофеин)** . . . 195
Определение 195
История распространения среди подростков 196
Картина интоксикации стимуляторами 198
Эфедроновое опьянение 198
Первитиновое опьянение (отравление «ширкой») 200
Амфетаминовое (фенаминовое) опьянение 201
Отравление кофеином 204
Атипичные реакции на злоупотребление стимуляторами . . . 205
Амфетаминовый, первитиновый и эфедроновый параноид . . 205
Амфетаминовая спутанность 206
Злоупотребление стимуляторами. Эфедроновая, первитиновая и амфетаминовая наркомания 206
Злоупотребление эфедроном и формирование эфедроновой наркомании 206
Первитиновая наркомания 209
Злоупотребление амфетамином (фенамином) и формирование амфетаминовой наркомании 210
Злоупотребление кофеином и кофеиновая токсикомания . . . 212
Лечение и профилактика 213

Глава 13. **Кокаин** 216
Актуальность проблемы и распространение среди подростков . . 216
Кокаиновое опьянение 219
Кокаиновые психозы 220
Кокаиновая абстиненция 222
Злоупотребление кокаином и кокаиновая наркомания . . . 222
Лечение и профилактика 224

Глава 14. **Препараты конопли — канабиноиды (гашиш и марихуана)** . . 224
Основные сведения 224
Распространение среди подростков и молодежи в США и других западных странах 216
Распространение среди подростков в СССР 228
Гашишное опьянение 229
Реакция на первое курение 231
Легкое субпсихотическое опьянение 231
Тяжелое психическое опьянение 234
Абстиненция при гашишизме 236
Стертая абстиненция 236
Выраженная абстиненция 236
Абстинентные психозы 237
Злоупотребление гашишем и гашишная наркомания 237
Хронические психозы при гашишной наркомании 240
Лечение и профилактика 240

Глава 15. **Опиаты** 242
Распространение среди подростков в США и других западных странах 242
Распространение среди подростков в СССР 246
Опийное опьянение и его особенности у подростков . . . 248
Атипичные картины опийного опьянения 250
Особенности абстинентного синдрома в подростковом возрасте . 252
Стертая абстиненция на I стадии наркомании 252
Выраженная абстиненция на II стадии наркомании . . . 254
Псевдоабстинентный синдром 255
Злоупотребление опиатами и опийные наркомании 256
Злоупотребление без зависимости 256
I стадия наркомании 259
II стадия наркомании 263
Осложнения при опийных наркоманиях у подростков . . . 265
Психологические исследования 266

Лечение 268
Неотложная помощь при передозировке 268
Купирование абстинентного синдрома 268
Подавление влечения к наркотику 271
Организация лечения 273
Эффективность лечения наркоманий 274
Профилактика 275

Глава 16. **Другие средства для злоупотребления** 278
Транквилизаторы 278
Барбитураты 281
Ноксирон 282
Эрготамин 283
Анаболические стероиды как допинги 283
Прочие средства 284

Глава 17. **Полинаркомании и политоксикомании у подростков** . . . 285
Определение понятий 285
Диагностические критерии 286
Злоупотребление двумя и более средствами без зависимости от них 287
Полисубстантное злоупотребление на фоне зависимости от одного из средств 288
Особенности лечения 289

Приложение. **Словарь русского сленга подростков, злоупотребляющих наркотиками и другими токсическими веществами** 290

Список литературы 293
Злоупотребление алкоголем и ранний алкоголизм 293
Наркомании и токсикомании 297

CONTENTS

Introduction 13

PART I GENERAL ADOLESCENT NARCOLOGY

Chapter 1. **Principal definitions and diagnostic criteria for alcoholism and drug addiction in adolescents** 22
Principal definitions in adolescent narcology 22
Addictive behaviour 23
Transition from addictive behaviour to addictive disease (dependence) 26
The first stage of disease (alcoholism, drug addiction) — mild dependence 27
The second stage of disease — severe dependence 30
Classifications of psychoactive substances 32

Chapter 2. **Physiological and psychosocial peculiarities of adolescence as factors in development of alcoholism and drug dependence** 34
The importance of pubertal physiological peculiarities 34
The role of psychosocial factors — adolescent behaviour reactions . . 35
The reaction of peer group formation as a leading psychosocial agent 38
Troubles of relationship in parent family as a predisposing factor . . 51
Motivation and reasons 52
The other psychosocial factors contributing to addictive behaviour . . 56

Chapter 3. **Accentuations of character and personality disorders as factors in addictive behaviour and drug dependence** 58
The influence of premorbide types 58
The instable type of character accentuation and personality disorder as a factor of high risk 58
Addictive behaviour in various types of character accentuations and personality disorders 60

Chapter 4. **Psychotic disorders in practice of adolescent narcology** . . 66
Acute psychoses during intoxication 66
Acute withdrawal psychoses 68
Acute provoked endogenous psychoses 68
Acute provoked encephalopathic psychoses 70
Psychoses in chronic intoxication 70

Chapter 5. **Medical examination of adolescents misusing alcohol and other psychoactive substances** 71
Peculiarities of interview 71
Questioning of parents and other family members 76
Information from other origins 79
Distorted settings 80
Examination of adolescent 81
Observation on behaviour 83
Psychological diagnostics in adolescent narcology 84
The use of laboratory tests in diagnostics 92

Chapter 6. **The main principles and methods of treatment** 92
The purposes of treatment at various stages of disease 92
Indications to institutionalization and preference of different hospitals 93

Intensive desintoxication in acute poisoning 96
Treatment during withdrawal syndromes 100
Desintoxicatin in chronic poisoning 101
Treatment of complications during harmful drug use . . . 101
Suppressing of addiction and removal of dependence . . . 102
Prevention of relapses 102
Chapter 7. Prevention of alcoholism and drug dependence in adolescents 109
Three main types of prevention in adolescent narcology . . . 110
Primary prevention 110
Systeme of prohibitions and punishments 111
Informational and educational measures 111
Discovery of the high risk groups 114
Chapter 8. Legislative and administrative measures against alcoholism and drug dependence in adolescents 117
The age limits of responsibilities 118
The involving adolescents in drinkenness and the use of psychoactive substances 118
Illegal manufacturing, aquisition, keening, transportation and maling of drugs 118
The responsibility in condition of intoxication 119
Deprivation of parental rights 121
Obligatory and compulsory treatment and examination in drug using adolescents 121

PART II. SPECIAL ADOLESCENT NARCOLOGY

Chapter 9. Misuse of alcohol and adolescent alcoholism 123
Principal definitions 123
Peculiarities of acute alcohol intoxication in adolescents . . . 123
Tolerance to alcohol 123
Clinical picture 124
Idiosyncratic intoxication 127
Clinical pictures of alcohol intoxication in various types of character accentuations and personality disorders 129
Reactions to the small doses of alcohol 130
Misuse of alcohol without dependence («prenosological alcoholism» in adolescents) 131
Adolescent attitude to alcohol use 131
Motivation 132
The age of the first drinking 137
The importance of familial and hereditory factors 138
The influence of peer groups (reaction of peer group formation) 140
The markers of high risk 141
Phenomenon of group dependence and other signes of prenosological alcoholism 143
Initial symptoms of alcoholism in adolescence (the first stage of disease) 144
Individual dependence 144
Increasing tolerance to alcohol 145
Impaired capacity to self-control of using doses and situation of use 146
Disappearence of womiting reflex 146
The other initial symptoms of alcoholism 147
The second stage of alcoholism in adolescence 148
Withdrawal syndrome 148
Compulsion to alcohol 149
Personality changes 149
Alcohol psychoses in adolescents 149
Alcohol delirium 149
Acute delusional psychoses 150
Development of alcoholic dependence in adolescence 150

Problem of malignity 150
Epileptoid type of development 152
Unstable type of development 153
Alcoholism in the other types of character accentuations and personality disorders 153
Diagnostics of alcoholism in adolescence 154
Peculiarities of treatment 154
Treatment in the state of acute intoxication 154
Desintoxication 156
Treatment in withdrawal syndrome 156
Suppressing of addiction 157
Psychotherapy 158
Effectiveness of treatment according to data of follow-up studies 160
System of management 161
Prevention 162
Medical information and educational mesures 162
Discovery of the high risk groups 163

Chapter 10. **Inhalants (misuse and dependence)** 165
Definitions and history of prevalence 165
Clinical picture of intoxication 166
Active substances 166
Gasoline 166
Spot-remover 168
Acetone 169
Toluene and paint solvents 170
Glue 170
Atypical intoxication 171
Delusional picture 171
Encephalopathic picture 172
Misuse and dependence 173
Peculiarities of misuse 173
Diagnostics of dependence 174
About stages of dependence 175
Consequences of chronic intoxication: psychoorganic syndrome and encephalopathy 176
Treatment 179

Chapter 11. **Hallucinogens (Asthmatol, Pulvis antiasthmaticus; Cyclodol, Artane, Trihexyphenyl hydrochloridum; Dimedrol, Diphenhydramin hydrochlorid)** 181
Definitions 181
History of prevalence 183
Clinical picture of intoxication 185
Asthmatol delirium 185
Cyclodol delirium 187
Dimedrol delirium 190
Atypical reactions 191
«Flashbacks» (Posthallucinogen perception disorder) 191
Delusional psychoses 191
Depressions 192
Dependence 193
Differential diagnosis 194
Treatment and prevention 194

Chapter 12. **Stimulants (Ephedrone, Pervitine, Amphetamine, Caffeine)** 195
Definition 195
History of prevalence 196
Clinical picture of intoxication 198
Ephedrone 198

Pervitine (poisoning with «shirka») 200
Amphetamine 201
Caffeine 204
Atypical reaction to stimulants 205
Delusional psychoses 205
Amphetamine confusional states 206
Misuse and dependence 206
Ephedrone 206
Pervitine 209
Amphetamine 210
Caffeine 212
Treatment and prevention 213
Chapter 13. **Cocaine** 216
Actuality of probleme and prevalence 216
Clinical picture of intoxication 219
Psychoses caused by cocaine 220
Cocaine withdraval syndrome 222
Misuse and dependence 222
Treatment and prevention 242
Chapter 14. **Cannabinoids (Hasheesh and marihuanna)** 224
General information 224
Prevalence among young and adolescent population in USA and other occidental countries 226
Prevalence among adolescents in USSR 228
Clinical picture of acute intoxication 229
Reaction to the first smoking 231
The mild subpsychotic intoxication 231
The severe psychotic intoxication 236
Withdrawal syndrome 236
Indistinct withdrawal syndrome 236
Obvious withdrawal syndrome 237
Psychoses in withdrawal period 237
Misuse and dependence 240
Chronic psychoses during hasheeshism 240
Treatment and prevention 242
Chapter 15. **Opioids** 242
Prevalence among adolescents in USA and other occidental countries 242
Prevalence among adolescents in USSR 246
Clinical picture of opioid intoxication in adolescents . . . 248
Atypical clinical pictures 250
Withdrawal syndrome in adolescents 252
Indistinct withdrawal syndrome at the first stage of disease 252
Obvious withdrawal syndrome at the second stage of disease 254
Pseudowithdrawal syndrome 255
Misuse and dependence 256
Misuse withhout dependence 256
The first stage of dependence 259
The second stage of dependence 263
Complications in adolescents 265
Psychological studies 266
Treatment 268
Urgent mesures in overdosage 268
Treatment in withdrowal syndrome 268
Suppression of addiction 271
System of management 273
Effectiveness of treatment 274
Prevention 275

Chapter 16. **The other drugs misused by adolescents** 278
Tranquillizers 278
Barbiturates 281
Noxyron (Glutethimidum) 282
Ergotamine (Ergometrine) 283
Anabolic steroids as dopings 283
Other substances 284

Chapter 17. **The use of multiple substances and polydrug dependence in adolescents** 285
Definitions 285
Diagnostical criteria 286
Polysubstance misuse without dependence 287
Polysubstance misuse with dependence on one drug 288
Peculiarities of treatment 289

Appendix. **Underground dictionary of Russian adolescents with addictive behaviour** 290

References 293
Misuse of alcohol and adolescent alcoholism 293
Psychoactive substance misuse and dependence 297

Несмотря на то, что в нашей стране, начиная с 60-х годов, в подростковой популяции распространилось злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами, до настоящего времени не было издано ни одного руководства по подростковой наркологии. До последних лет даже отдельные статьи по частным вопросам в этой области были редкостью. Цензурные строгости не только сдерживали подобные публикации, но и отбивали интерес к исследованиям.

Во второй половине 80-х годов, когда началась политика гласности, первоначально сложилась парадоксальная ситуация. Информация о наркоманиях и токсикоманиях у подростков бурным потоком хлынула в газеты, общественно-политические журналы, на телевидение и в радиопередачи. В то же время еще сохранились существенные ограничения на такого же содержания публикации в научной медицинской литературе. В итоге специалисты-наркологи и подростковые психиатры вынуждены были черпать необходимые данные о распространении злоупотреблений различными токсическими веществами, даже о картине интоксикаций, формировании наркоманий и токсикоманий, их частоте и вероятных причинах не из профессиональных публикаций, а из источников массовой информации. Надо отдать должное активности и даже смелости некоторых журналистов, но недостаток наркологического профессионализма, а иногда и погоня за сенсационностью, умаляли значение этих сообщений. Мало того, «наркоманический бум» в средствах массовой информации оказал также определенный отрицательный эффект, способствуя пробуждению нездорового интереса к наркотикам и другим дурманящим средствам у части подростков. Хотя информированность в этой области большинства подростковой популяции довольно высока и нередко превышает знания воспитателей и даже врачей, однако многочисленные выступления средств массовой

информации могли способствовать актуализации этих знаний, нагнетанию атмосферы.

Эпидемия подростковых наркоманий в США и других западных странах началась еще в конце 50-х — начале 60-х годов, т. е. раньше, чем в нашей стране. Подытоживая большой зарубежный и собственный опыт изучения наркоманий и токсикоманий у подростков В. С. Битенский, Б. Г. Херсонский, С. В. Дворяк и В. А. Глушков (1989) отметили следующие возрастные особенности: 1) эпизодическое злоупотребление без зависимости преобладает над сформировавшимися наркоманиями и токсикоманиями; 2) происходит постепенное омоложение контингента злоупотребляющих — от 17—18 к 12—13 годам; 3) используемые для злоупотребления средства весьма разнообразны, «мода» на них бывает преходящей; 4) распространены самодельные препараты, нередко отличающиеся высокой токсичностью; 5) подростки склонны последовательно или попеременно испробовать на себе действие многих веществ; 6) злоупотребление становится следствием социально-психологических воздействий на подростков, особенно при неблагоприятном биологическом фоне (отягощенная алкоголизмом наследственность, аномалии характера и др.).

Долгие годы в центре внимания исследований в области подростковой наркологии оставалась проблема раннего (подросткового, юношеского) алкоголизма. Обсуждалась проблема особой злокачественности подросткового алкоголизма, поставленная K. Demme (1891) еще в конце XIX столетия. В ряде публикаций утверждалось катастрофически быстрое формирование алкогольной болезни у подростков. Это приписывалось незрелости организма в этом возрасте или присущим ему нейроэндокринным сдвигам. Другие исследователи отмечали, что злокачественное течение алкоголизма вовсе не является обязательным. Указывалось на существование дополнительных факторов, которые способствуют быстрому формированию алкоголизма у подростков. Среди них назывались перенесенные черепно-мозговые травмы, органические психопатии, конституциональные психопатии, притом эпилептоидная в особенности, акцентуа-

ция характера того же типа. Но эти же факторы, как известно, способствуют неблагоприятному течению алкоголизма и у взрослых.

Обращалось внимание на трудности лечения раннего алкоголизма. Аверсивная условнорефлекторная реакция на алкоголь (рвота на его вид и вкус), хотя обычно легко образуется, но и быстро же угасает. Сенсибилизирующая терапия (препараты типа «антабус») малоэффективна из-за обычного для подростков отказа от поддерживающего лечения.

Не менее, а может быть и гораздо более, актуальной оказалась проблема злоупотребления алкоголем среди подростков, когда у них нет признаков алкогольной болезни — отсутствует психическая и физическая зависимость. Злоупотребление алкоголем тесно сопряжено с социальной дезадаптацией подростков, нередко предшествует ей или усугубляет ее. Эта проблема оказалась на стыке наркологических, медико-психологических и социопсихологических исследований, включала изучение мотивации злоупотребления, способствующих ему социальных психологических и биологических факторов, выявление групп высокого риска.

Со второй половины 60-х годов в нашей стране, наряду со злоупотреблением алкоголем, среди подростков стали распространяться наркотики и другие токсические вещества. В отличие от ранней алкоголизации, с которой можно было встретиться повсеместно, злоупотребление иными дурманящими средствами приобрело региональный характер, и более отчетливо выступили возрастные особенности в пределах самого подросткового периода. До 80-х годов сохранялись регионы, где подростки злоупотребляли только алкоголем. Иные токсические средства появились как веяния преходящей «моды» в крупных городах, в морских портах, на курортах и в местах, которые постоянно посещали туристы. Дело было вовсе не в том, что взрослые (например, иностранные туристы или моряки) соблазняли подростков или снабжали их дурманящими средствами, а, видимо, в том, что именно эти регионы раньше других утратили патриархальные традиции прошлого и именно сюда прежде всего проникали отрицательные

поведенческие модели западного образа жизни, становясь образцами для подражания у подростков.

В 80-х годах злоупотребление различными токсическими веществами стало встречаться повсюду. Региональные особенности обрисовались в отношении предпочитаемых средств. В Средней Азии, Казахстане, на Кавказе, на юге Украины, на Дальнем Востоке — в местностях, где много дикорастущего мака и конопли — одно из первых мест заняли курение гашиша и самодельные препараты опия, в том числе для внутривенных вливаний. Гашиш нередко транспортировался в крупные северные города солдатами, призванными из южных регионов, учащимися профессионально-технических училищ, приехавшими из тех же областей.

Ингалянты чаще встречались на севере и в средней полосе нашей страны, особенно в городах. В Прибалтике, где население традиционно предпочитало в качестве повседневного напитка кофе, а не чай, одно время подростки стали злоупотреблять большими дозами крепкого кофе, которое поглощали в виде киселеобразной массы. В то же время чифир (очень крепкий отвар чая) в местах традиционного потребления населением чая почему-то оказался для подростков непривлекательным.

На Крайнем Севере, где среди взрослых раньше встречалась барбитуромания, в подростковой популяции проявилась склонность к злоупотреблению транквилизаторами. Она оказалась приуроченной к смене зимней круглосуточной ночи светлой весной.

Возрастные особенности злоупотреблений свелись, прежде всего, к тому, что ингалянты явно предпочитались в младшем и среднем подростковом возрасте (12—15 лет), в то время как внутривенные вливания опиатов и других средств обычно использовали старшие подростки (16—17 лет). Злоупотребление ингалянтами нередко с годами забрасывали и начинали алкоголизироваться. При этом алкоголизм у них развивался злокачественно — причиной служил психоорганический синдром, формирующийся как следствие длительного злоупотребления ингалянтами.

Значительные трудности возникли как в деле лечения сформировавшихся наркоманий и токсикоманий у подростков, так и в разработке и осуществлении профилактических мер. Эффективность лечения наркоманий, по данным многих исследователей, всегда была низкой. Рецидивы наступали в большом проценте случаев в течение первого же года, даже тогда, когда наркоманы изъявляли желание лечиться. При наркоманиях у подростков эффективность оказалась еще более низкой. Для большинства из них лечение фактически оказывалось принудительным. Подростки рассматривали госпитализацию и терапию как форму наказания. Согласие на лечение они давали вовсе не из желания порвать с наркотиками, а для того, чтобы выпутаться из неприятной ситуации, укрыться от грозящих наказаний или от преследователей. В таких случаях к наркотизации могли возвращаться сразу же после выписки из стационара. Никаких специальных лекарственных средств, подавляющих влечение к наркотикам и устраняющих зависимость, как известно, пока не существует, да и вряд ли можно будет найти панацею от всех наркотиков и токсических веществ. Если же будет разработано средство от одного из них, например блокирующее его действие, то всегда останется высокий риск смены одного вида наркоманий и токсикоманий на другой. Поэтому возлагаются надежды на психотерапию как на наиболее действенный метод. Однако психотерапия бывает эффективной при наличии желания излечиться. Этим объясняются публикуемые иногда результаты высокой эффективности какого-либо психотерапевтического метода. Данные эти получают на выборочном контингенте людей, пожелавших избавиться от пагубного пристрастия. К тому же далеко не всегда успехи психотерапии среди лечившихся по своему желанию проверены отдаленными катамнезами.

Психотерапия при наркоманиях и токсикоманиях у подростков, прежде всего, ставит целью пробудить желание лечиться. Преодолевать приходится не только анозогнозию, но даже при осознанном пристрастии нежелание от него избавиться. Индивидуальной психотерапией до-

стичь этой цели удается далеко не всегда. Группа сверстников способна оказать сильное влияние на подростка, но групповая психотерапия бывает чревата осложнениями. Группа, созданная как психотерапевтическая, из подростков с наркоманиями и токсикоманиями способна быстро превратиться в типичную группу наркоманов. В группе не злоупотребляющих дурманящими средствами подросток-наркоман или токсикоман может послужить источником неблагоприятной информации, соблазнять и подталкивать к злоупотреблению других.

В подростковом возрасте особенно актуальными являются не сформировавшийся ранний алкоголизм, не наркомании и токсикомании, а злоупотребление алкоголем, наркотиками и иными токсическими веществами, когда зависимость от них еще отсутствует. В последние годы это получило название «аддиктивного поведения». Данный термин постепенно находит все большее признание и в наркологической, и в психологической литературе. Его преимущество в том, что он хорошо отражает присущую подростковому возрасту характерную черту, иногда называемую «первичным», «изначальным», «поисковым» подростковым полинаркотизмом. Суть этой черты состоит в том, что многие подростки склонны испробовать на себе действие самых различных средств: от алкоголя и ингалянтов до курения гашиша и приема галлюциногенов. Только внутривенные вливания поначалу иногда настораживают подростков, но для некоторых и эта настороженность не оказывается достаточной преградой.

Аддиктивное поведение, т. е. злоупотребление без зависимости, обычно не требует лекарственного лечения, за исключением случаев тяжелой острой интоксикации. Коррекция аддиктивного поведения может достигаться мерами социопсихологическими.

Рациональная психологическая коррекция должна строиться на основании изучения мотивации аддиктивного поведения и факторов, этому поведению способствующих. Без знания мотивации и содействующих факторов наиболее известный метод профилактики — санитарное просвещение — может оказаться недейственным.

Например, санитарное просвещение традиционно ставит своей целью раскрыть тот вред для здоровья, который способны нанести алкоголь и другие токсические средства. Но при этом не учитывается свойственное некоторым современным подросткам падение субъективной цены собственного здоровья.

Санитарное просвещение подростковой популяции также сопряжено с определенными трудностями и чревато осложнениями. Лекции, беседы, брошюры непривлекательны для подростков, а включение обязательных занятий в программу обучения способно провоцировать реакцию протеста и тем самым обесценивать преподносимые знания. Более действенна яркая наглядная информация, передаваемая по телевидению, вставленная в специальные молодежные передачи, интересные для подростков. Однако пьянство среди взрослых, особенно среди близких и знакомых, служит мощным противодействием санитарному просвещению. У подростков создается впечатление, что все, что рассказывается о вреде алкоголя, сильно преувеличено, что, если захочешь, всегда можно бросить выпивки, и т. п. Только в семьях, где уже имеются деградированные алкоголики, у их детей в подростковом возрасте может стойко удерживаться отрицательное отношение к спиртным напиткам. Здесь действует реакция отрицательной имитации — стремление строить свое поведение как противоположное тому образу, который являет кто-либо из родителей.

Проведенные психологические исследования отчетливо указывают на то, что от младшего к старшему подростковому возрасту значительно снижается процент подростков с отрицательным отношением к алкоголю. Попытка ввести в учебных заведениях специальные «антиалкогольные курсы», «программы» неспособна существенным образом повлиять на эту тенденцию.

Еще бóльшие трудности, чем антиалкогольное санитарное просвещение, представляет психопрофилактика, направленная на предупреждение наркоманий и токсикоманий. С одной стороны, среди подростков, начавших злоупотребление наркотиками или другими дурманящими веществами, сведения об их вреде для здоровья,

о возможности пристраститься к ним могут быть крайне недостаточными, неверными или вовсе отсутствовать. С другой стороны, значительная часть подростков может вообще не знать о существовании некоторых дурманящих средств. В этом случае с благой целью поданная последним информация об опасности злоупотребления может пробудить у части подростков соблазн испытать их действие на самом себе.

Таким образом, антинаркоманическая и антитоксикоманическая пропаганда не может строиться так же, как антиалкогольная, привлечением средств массовой информации, недифференцированно адресоваться ко всей подростковой популяции вообще. Объектом психопрофилактики здесь должны стать выборочные контингенты людей высокого риска. Иначе она может принести не столько пользы, сколько вреда. Методы выявления контингентов высокого риска еще разрабатываются. В основу их кладутся как социальные, так и психологические критерии.

Все упомянутые трудности и сложности, преодоление которых требует особых знаний и навыков, побудили к выделению новой субспециальности — подростковой наркологии. Подростковый нарколог соединяет воедино практический опыт и теоретические знания наркологии и подростковой психиатрии. В самом предмете подростковой наркологии имеются области, с которыми почти не приходится сталкиваться наркологу, лечащему взрослых. Примером могут послужить ингалянты — злоупотребление ими и формирующиеся токсикомании. Кроме того, подростковая наркология тесно соприкасается с проблемами возрастной и социальной психологии, педагогики, криминалистики и права.

До настоящего времени по подростковой наркологии в нашей стране издавались лишь отдельные монографии, обобщающие личный опыт их авторов в определенной области, дополненный литературным обзором. Можно упомянуть книги Б. С. Братуся и П. И. Сидорова (1984) о раннем алкоголизме и В. С. Битенского и соавт. (1989) о наркоманиях у подростков.

Настоящее руководство является первой попыткой в нашей стране дать систематическое изложение предмета, которое послужило бы специальным пособием в руках врачей подростковых кабинетов наркологических и психоневрологических диспансеров, подростковых отделений наркологических и психиатрических стационаров и полустационаров, а также лечебно-воспитательных профилакториев.

Необходимость в подобном руководстве очевидна — без него невозможна хорошая профессиональная подготовка подростковых наркологов. На Всесоюзном семинаре по проблемам подростковой наркологии в 1988 г. опрос его участников показал, что 35 % из них оценили профессиональную подготовку подростковых наркологов как плохую и очень плохую.

Именно поэтому в центре внимания в данной книге поставлены вопросы диагностики, лечения и профилактики. В отношении каждого из средств, используемых подростками для злоупотребления,— алкоголя, ингалянтов, галлюциногенов, кокаина, стимуляторов, опиатов, транквилизаторов и других — описывается как картина острых интоксикаций — и наиболее характерная, и атипичная, так и особенности злоупотребления, формирования зависимости, абстиненции. Рассматриваются возрастные особенности лечения как острых отравлений, так и терапевтической тактики при формировании алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, а также обсуждаются возможные профилактические меры.

Первое руководство неизбежно не лишено недостатков, возможно даже существенных. С годами, по мере накопления опыта, эти недостатки могут оказаться еще более очевидными. Но насущная потребность в пособии, систематически излагающем основы подростковой наркологии — области, до сих пор еще мало освещенной в научном отношении,— в глазах авторов оправдывает их попытку.

Часть I. ОБЩАЯ ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ

Глава 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА, ПОДРОСТКОВЫХ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ

Злоупотребление алкоголем у подростков включает знакомство с опьяняющими дозами в возрасте до 16 лет и более-менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости в более старшем возрасте [Личко А. Е., 1979].

Введенным в 1985 г. законом в нашей стране была запрещена продажа алкогольных напитков лицам в возрасте до 21 года. Закон этот, не будучи отмененным, практически вскоре перестал соблюдаться. В то же время в ряде зарубежных стран возрастные ограничения в отношении продажи алкогольных напитков весьма дифференцированны в зависимости от их крепости.

Алкогольные напитки принято разделять на крепкие (обычно содержащие более 18 % алкоголя), средней крепости (от 9 до 18 %) и слабые (до 6 %). Известно, что в очень небольшой концентрации алкоголь может содержаться в пищевых продуктах (например, в 3-дневном кефире может быть до 0,9 % алкоголя).

Ранний (подростковый) алкоголизм подразумевает развитие хотя бы I стадии алкоголизма в возрасте до 18 лет.

Подробнее содержание этих терминов рассматривается в гл. 9.

Наркотик — вещество, злоупотребление которым вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние, а при систематическом приеме — психическую или физическую зависимость от него.

В нашей стране официальным признанием служит включение данного вещества в список наркотиков приказом министра здравоохранения СССР.

Подобное понимание термина «наркотик» принято не во всех странах. Например, в США наркотиками обычно называют только препараты опия — естественные или синтетические. В то же время злоупотребление кокаином, галлюциногенами вроде LSD, амфетаминами и некоторыми другими веществами преследуется законом так же строго, как и опиатами.

Психоактивное токсическое вещество может обладать теми же упомянутыми свойствами, что и наркотик, но социальная опасность злоупотребления им не столь высока, и вследствие этого официально оно наркотиком не признано. Одно и то же вещество в разные годы в одной и той же стране может то не признаваться наркотиком, то включаться в их число. Примером может быть барбамил (амитал-натрий), официально отнесенный к наркотикам в СССР лишь в середине 80-х годов.

Наркомания в нашей стране имеет официальное определение, данное приказом министра здравоохранения СССР (№ 39 от 11.01.78 г. и № 388 от 19.04.78 г.). Это понятие не только медицинское (клиническое) и социальное, но и юридическое.

Наркоманией названа болезнь, вызванная систематическим употреблением веществ, включенных в список наркотиков, и проявляющаяся зависимостью от этих веществ — психической, а иногда и физической.

Токсикомания представляет собой болезнь, проявляющуюся подобной же психической, а иногда и физической, зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

Злоупотребление наркотиками и другими токсическими веществами без зависимости от них наркоманией или токсикоманией не считается. Для обозначения злоупотребления без зависимости предлагалось несколько наименований: «наркотизм» [Пятницкая И. Н., 1975], «токсикоманическое поведение» [Личко А. Е., 1979], «эпизодическое злоупотребление» [Ураков И. Г. и др., 1981] и др. Не меньшее число терминов встречается в зарубежной литературе, например в англоязычной (drug use, drug misuse, drug abuse) в отличие от drug dependence, когда зависимость уже сформировалась.

Но в последние годы все большее распространение получает термин «аддиктивное поведение».

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Addiction — по-английски пагубная привычка, пристрастие к чему-либо, порочная склонность. Аддиктивным поведением (addictive behavior) стали называть злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того, как от них сформировалась физическая зависимость [Miller W., 1984; Landry M.,

1987]. С. А. Кулаков (1989) распространил этот термин и на случаи без индивидуальной психической зависимости.

Для подростков термин «аддиктивное поведение», возможно, наиболее адекватен. Вряд ли удачно называть наркотизмом случаи, когда злоупотребляют не наркотиками, а другими веществами. К тому же по созвучию с алкоголизмом, морфинизмом и др. этот термин может навести на мысль о сформировавшейся зависимости. Еще менее удачно назвать поведение токсикоманическим, когда токсикомания еще не сформировалась, а злоупотреблять могут наркотиками. Термин «аддиктивное поведение» указывает на то, что речь идет не о болезни, а о нарушениях поведения. Лечение в этих случаях может быть направлено на дезинтоксикацию, если в этом имеется надобность. Психотерапевтические приемы используются в целях психопрофилактики. Главное же при аддиктивном поведении — не медицинские, а воспитательные меры.

В отличие от аддиктивного поведения сам термин «аддикция» в США используется как равнозначный зависимости. Аддикция подразумевает рост толерантности к средству, которым злоупотребляют, постоянную озабоченность тем, чтобы его раздобыть и употребить, несмотря на предвидение пагубных последствий, а также повторные усилия прекратить злоупотребление без заметного успеха [American psychiatric..., 1988].

В США опубликовано множество работ о злоупотреблении разными дурманящими веществами как проявлении аддиктивного поведения у подростков. Примером может послужить исследование L. Johnson и соавт. (1984), показавших, что в 1973—1983 гг. в штате Мериленд к окончанию средней школы 90 % подростков испытали на себе алкогольное опьянение, 57 % — курили марихуану, 27 % — испробовали стимуляторы, 19 % — ингалянты, 16 % — кокаин, 15 % — галлюциногены, 10 % — опиаты, в том числе 1 % — героин.

В СССР в 1989 г. 70 % учащихся профессионально-технических училищ употребляли алкоголь (в том числе 16 % чаще 1 раза в месяц), а 10 % пробовали наркотики или другие дурманящие средства [Глазов А. А. и др., 1989]. У эстонских школьников старших классов спиртные напитки употребляли 77 % (в том числе 33 % не реже 1 раза в месяц), но с действием других дурманящих средств были знакомы только 3 % [Муст Р. и др., 1989].

Р а з в и т и е а д д и к т и в н о г о п о в е д е н и я. Описано два пути этого развития, на каждом из которых можно выделить определенные этапы. Эти пути при злоупотреблении подростками наркотических и других токсических веществ (кроме алкоголя) были прослежены В. С. Битенским и соавт. (1989).

Первый путь можно назвать полисубстантным аддиктивным поведением. Подростки пробуют на себе действие различных

токсических веществ, среди которых постепенно может быть выбрано наиболее привлекательное. Но злоупотребление может оборваться и до такого выбора.

Второй путь — моносубстантное аддиктивное поведение. Подростки злоупотребляют только одним веществом. Чаще всего это обусловлено тем, что только к нему имеется доступ, но иногда они намеренно отказываются от всех других.

На каждом из этих путей могут быть выделены отдельные этапы развития аддиктивного поведения. Но их разделение является схемой. Далеко не все этапы четко вырисовываются в каждом отдельном случае.

Этап первых проб служит началом аддиктивного поведения. Впервые пробуют какое-либо средство чаще всего в компании или под влиянием приятеля. В большинстве случаев первым выбирается алкоголь, иногда курение гашиша или ингалянты, реже других — препараты опия, стимуляторы или галлюциногены. Затем может последовать отказ от злоупотребления или повторение — нередко со все бо́льшей частотой или в определенном ритме. Причиной отказа могут быть неприятные ощущения, вызванные интоксикацией, или страх пристраститься к данному веществу, или угроза суровых наказаний.

Этап поискового «полинаркотизма» наступает именно тогда, когда вслед за первыми пробами следуют повторные. Попеременно употребляют то алкоголь, то различные токсические вещества, включая доступные наркотики. Обычно это происходит в компаниях, которые собираются не только для совместного злоупотребления, последнее еще остается одной из целей сборищ. Психоактивные вещества в этих компаниях используются «для веселья», для обострения восприятия модной музыки, для сексуальной расторможенности и т. п. Предпочитается то из средств, которое облегчает бездумную коммуникацию. За пределами своей компании ни алкоголь, ни иные токсические вещества не употребляются.

Этап выбора предпочитаемого вещества завершает поиски. Подросток останавливается на одном из нескольких веществ и предпочитает его. Но зависимости от предпочитаемого вещества еще нет. На данном этапе выявляется гедонистическая установка — желание получить определенные приятные ощущения.

Этап групповой психической зависимости может быть добавлен к предыдущим этапам, описанным В. С. Битенским и соавт. (1989). На этом этапе потребность в употреблении алкоголя или иного токсического вещества возникает немедленно, как только собирается «своя» компания [Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1978]. За пределами этой компании влечения еще не возникает. Индивидуальная психическая зависимость как первый признак еще отсутствует. Для пробуждения влече-

ния требуются стимулы, запускающие условнорефлекторные механизмы.

Второй путь (моносубстантное аддиктивное поведение) был назван также «первичным мононаркотизмом» [Битенский В. С. и др., 1989]. С самого начала до формирования зависимости подросток злоупотребляет только одним веществом. Чаще всего это относится к алкоголю (например, к самогону в сельской местности), в некоторых регионах — к гашишу или опиатам, и очень редко — к другим веществам. От первых случайных проб переходят к эпизодическому злоупотреблению. Постепенно формируется групповая психическая зависимость. В дальнейшем другие вещества используются изредка как заменители избранного для злоупотребления средства или для усиления его действия.

ПЕРЕХОД АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В БОЛЕЗНЬ

Риск развития алкоголизма, наркоманий и токсикоманий при наличии аддиктивного поведения, по данным разных авторов, не одинаков. В отношении опиатов величина риска указывается от 19 до 38 % [Maddux J., Desmond D., 1980], по данным D. Ladewig (1972) — 42 %. В то же время известно, что 95 % молодых американских военнослужащих, воевавших во Вьетнаме и там злоупотреблявших наркотиками, вернувшись домой в США, бросили злоупотребление ими. Только 5 % сразу обнаружили себя заядлыми наркоманами, а еще 16 % вернулись к наркотизации в дальнейшем.

Риск зависит от ряда факторов, в том числе от того, каким веществом начинают злоупотреблять. Внутривенное введение наркотиков значительно повышает риск. Но среди подростков, склонных к выпивкам, через 10 лет лишь у 12 % был диагностирован хронический алкоголизм [Попов Ю. В., 1988].

Факторы, способствующие или препятствующие переходу аддиктивного поведения в болезнь, можно разделить на социальные, психологические и биологические.

К социальным факторам относятся доступность вещества для подростка, «мода» на него, степень грозящей ответственности, влияние группы сверстников, к которой принадлежит подросток.

К психологическим факторам можно отнести тип акцентуации характера подростка (о чем подробнее сказано в гл. 3), привлекательность возникающих ощущений и переживаний, выработка гедонистической установки, страх причинить реальный (в глазах самого подростка) вред самому себе, в частности своему здоровью. Важное значение придается «отсутст-

вию социальных интересов» и «стремлению к самоутверждению» [Битенский В. С. и др., 1989].

Среди биологических факторов можно особо выделить степень изначальной толерантности (например, индивидуальная непереносимость или, наоборот, высокая устойчивость). К ним также относятся отягощенная алкоголизмом наследственность (пьянство и алкоголизм родителей до рождения ребенка), резидуальное органическое поражение головного мозга, хронические болезни печени с нарушением ее детоксицирующей функции. Но важнейшим из биологических факторов является природа того вещества, которым злоупотребляют.

I СТАДИЯ БОЛЕЗНИ (АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ)

Развитие алкоголизма, наркоманий и токсикоманий принято разделять на 3 стадии. Границы между ними условны. Поэтому иногда прибегают к обозначениям вроде «наркомания I—II стадии» или «алкоголизм II—III стадии».

III стадия является итогом многолетнего течения болезни. В подростковом возрасте ее развитие не успевает достичь III стадии.

Индивидуальная психическая зависимость является основным признаком I стадии [Личко А. Е., 1985]. В отличие от групповой психической зависимости, свойственной аддиктивному поведению еще в предболезненном периоде, индивидуальная зависимость характеризуется рядом особенностей.

Зависимость, по определению ВОЗ [Drug dependence. . ., 1965], представляет собой «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества». Зависимость отличается следующими характеристиками: 1) овладевающим желанием или неодолимым влечением (компульсией) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями; 2) тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая рост толерантности; 3) возникновением «индивидуальных и социальных проблем», обусловленных злоупотреблением и др.

При психической зависимости перерыв в употреблении вызывает чувство тревоги и напряжения, но отсутствует тяжелый физический дискомфорт. Внешним проявлением психической зависимости служат особенности поведения — соответствующий круг общения со злоупотребляющими, начало употребления токсического вещества в одиночку и поиск заменителей при его отсутствии [Пятницкая И. Н., 1988].

Субъективным проявлением индивидуальной психической зависимости является постоянное стремление к повторному употреблению. Иногда это неточно называют обсессивным

(навязчивым) влечением, что может навести на мысль о сходстве с невротическими навязчивостями, которое вовсе отсутствует. В отличие от невротических обсессий подобным овладевающим желанием совсем не тяготятся и не стараются от него избавиться. Больными себя не считают, и желание лечиться, как правило, отсутствует.

Стертая картина абстиненции возникает еще на I стадии болезни при наличии только психической зависимости. Перерыв в регулярном злоупотреблении не вызывает в этих случаях заметных неврологических или вегетативных расстройств, как при выраженной абстиненции на II стадии болезни.

Главным симптомом стертой абстиненции служит резко обострившееся влечение к тому веществу, которым злоупотребляли. Наряду с этим могут наблюдаться нерезко выраженная депрессия и достаточно клинически очерченная дисфория.

Другие признаки I стадии являются дополнительными. Они проявляются при злоупотреблении не всеми веществами. В то же время они могут в силу действия различных факторов возникнуть еще в предболезненном периоде — на фоне аддиктивного поведения без зависимости.

Дополнительными признаками I стадии являются следующие.

Угасание защитных рефлексов на передозировку проявляется, например, исчезновением рвотного рефлекса на чрезмерную дозу алкоголя (можно напиться до бессознательного состояния, но рвоты не будет) или выраженных вегетативных реакций на большую дозу тетрагидроканнабиола («перекурился» гашишем). Однако иногда подобные защитные рефлексы могут отсутствовать изначально. Например, у некоторых подростков передозировка алкоголя при первых же опьянениях вызывает не рвоту, а беспробудный сон, граничащий с сопором. С другой стороны, защитные рефлексы на другие вещества могут угасать только на II стадии — например, первоначальная вегетативная реакция («приход») на внутривенное вливание препаратов опия.

Повышение толерантности, т. е. устойчивости к токсическому веществу, способности переносить его действие, проявляется тем, что прежние дозы не вызывают обычного эффекта (например, эйфории), который достигается только с увеличением доз.

Другой тип повышения толерантности проявляется не увеличением разовых дозировок, а необходимостью вводить данное вещество все большее число раз в течение суток (т. е. возрастает суточная доза, как это, например, наблюдается при амфетаминовой наркомании).

Рост толерантности к алкоголю в подростковом возрасте необходимо оценивать с учетом физического развития, особенно

при его акцелерации. Если первые опьяняющие дозы алкоголя были испробованы в 12—13 лет, а к 14—15 годам вследствие акцелерации подросток превратился во взрослого мужчину, вырос на 15—30 см, прибавил в массе тела на 10—15 кг, то неудивительно, что толерантность к алкоголю могла возрасти в 2—3 раза без всякой зависимости от него.

Согласно R. Lingeman (1974), различные наркотики обладают неодинаковой способностью повышать толерантность:

Средства	*Развитие толерантности*
Морфинные препараты	Быстрое и достигающее высокой степени — переносимые дозы могут значительно превышать летальные для интактных индивидуумов
Марихуана	Возрастает незначительно
Гашиш	Только при очень длительном злоупотреблении
Амфетамины	Достигает значительной степени, но отличается избирательностью — она не касается чрезмерной возбудимости и бессонницы, но для появления эйфории необходимо увеличение дозы
Галлюциногены	Неодинакова при разных средствах — к LSD повышается уже с третьего применения, к псилоцибину развивается очень быстро, к мескалину не возникает совсем
Кокаин	Отсутствует

Толерантность может возрастать временно под влиянием внешних факторов. Например, введение налоксана может временно повысить толерантность ко всем препаратам опия, прием аминазина или галоперидола — ко всем галлюциногенам. Наоборот, наблюдаемое после перенесенной абстиненции резкое снижение толерантности к опиатам вовсе не свидетельствует о прекращении болезни — психическая зависимость может полностью сохраняться.

Социальная дезадаптация также иногда приводится в качестве одного из признаков, нередко сопровождаемых зависимость у взрослых. Но у подростков социальная дезадаптация может проявиться еще до формирования зависимости и даже до начала аддиктивного поведения и послужить одним из факторов, ему способствующих. С другой стороны, при опиизме и гашишизме у подростков социальная дезадаптация первоначально может не проявляться при уже сформировавшейся наркомании. Подростки еще продолжают учебу, умело скрывают делинквентные поступки. У некоторых из них, большей частью при наличии акцентуации шизоидного типа, действие некоторых дурманящих веществ может внешне мало сказываться на поведении, опьянение остается незамеченным для окружающих. Таких подростков в США называют «холодными головами» (cold head).

II СТАДИЯ БОЛЕЗНИ

Основным признаком II стадии алкоголизма, наркоманий и токсикоманий считается развитие физической зависимости и связанного с ней выраженного абстинентного синдрома при перерыве регулярного злоупотребления. Однако очевидная физическая зависимость встречается только при алкоголизме, опиизме и наркоманиях, вызванных некоторыми стимуляторами. Злоупотребление другими средствами, даже включенными в список наркотиков, не вызывает физической зависимости: к ним относятся марихуана (гашиш) и кокаин.

В отношении ингалянтов возможность физической зависимости остается неясной.

При отсутствии физической зависимости основным признаком II стадии становится картина хронической интоксикации. Длительное и интенсивное злоупотребление токсическими веществами, даже если не сопровождается признаками физической зависимости, обычно приводит к тяжелым психическим и физическим расстройствам.

Физической зависимостью называют состояние, когда вещество, которым злоупотребляли, становится постоянно необходимым для поддержания нормального функционирования организма. Перерыв в употреблении вызывает выраженную абстиненцию — болезненное состояние, проявляющееся характерными психическими, неврологическими и соматическими расстройствами.

Признаки выраженной хронической интоксикации неодинаковы при разных видах наркоманий и токсикоманий.

Хроническая интоксикация ингалянтами проявляется психоорганическим синдромом с нарушениями памяти, особенно кратковременной, ослаблением способности концентрировать внимание, ухудшением сообразительности и неврологическими и соматическими нарушениями, присущими картине токсической энцефалопатии.

Гашиш приводит к общему истощению и постоянной апатии. Оживление можно наблюдать только при разговорах о гашише или при необходимости его раздобыть. У подростков мужского пола выступает феминизация внешности.

Подробные признаки хронической интоксикации приводятся далее в соответствующих главах.

Абстинентный синдром (abstinence — дословно означает лишение какого-либо удовольствия) принято непосредственно связывать с физической зависимостью. Однако у подростков целесообразно различать выраженный абстинентный синдром, действительно с ней связанный, и стертый абстинентный синдром, когда перерыв в злоупотреблении каким-либо ве-

ществом происходит на фоне только психической зависимости от него.

Выраженный абстинентный синдром включает не только психические, но и неврологические, и соматические нарушения. Его картина часто состоит из симптомов, являющихся как бы антиподами тех, что появляются во время токсического опьянения. Вместо эйфории наступают тревога и депрессия, вместо усиления активности — апатия и бездеятельность, вместо релаксации — беспокойство и бессонница, вместо миоза — мидриаз и т. п.

Абстинентный синдром у подростков имеет некоторые особенности, свойственные именно данному возрасту [Рахальский Ю. Е., 1963; Личко А. Е., 1985; Битенский В. С. и др., 1989]. Обычно резко бывает выражено психопатоподобное поведение, напоминающее декомпенсацию при эпилептоидной и истероидной психопатиях. Другой особенностью является нередкая склонность диссимулировать абстиненцию. Скрывая ее, вегетативные нарушения, которые невозможно утаить, объясняют каким-нибудь соматическим заболеванием («простудой»).

В подростковом возрасте бывают особенно выраженными постабстинентные состояния в виде выраженной астении, которая может сопровождаться слабодушием, склонностью к раскаянию (временному), иногда нестойкими идеями самообвинения.

Свойственная подросткам вегетативная лабильность нередко проявляется выраженными колебаниями артериального давления.

Компульсивное влечение (compulsion — принуждение) отличается неодолимостью, невозможностью его подавить. Такое влечение обычно связывают с физической зависимостью. При алкоголизме и при опиизме это вполне оправданно. Но к некоторым веществам, к которым физической зависимости не развивается, также может проявиться компульсивное влечение, будучи следствием продолжительного и интенсивного злоупотребления. Ярким примером может послужить кокаин.

Отличить компульсивное влечение от так называемого обсессивного на I стадии болезни не всегда бывает легко. Однако компульсивное влечение, в отличие от обсессивного, подросток совершенно не способен маскировать.

Анозогнозия — нежелание и неспособность признать наличие болезни, в частности развившуюся тяжелую зависимость — у подростков бывает выражена не менее, чем у взрослых. Исключение, как было отмечено, может составлять лишь непродолжительный период постабстинентной астении.

Другие симптомы II стадии болезни можно рассматривать как дополнительные. К ним относятся следующие.

Изменение картины опьянения отчетливо проявляется при опийных наркоманиях в виде стремления к деятельности вместо прежнего бездеятельного «кайфа» в опийном опьянении. Картина опьянения может меняться и при раннем алкоголизме — вместо эйфорических появляются дисфорические и амнестические формы. Но при некоторых наркоманиях (например, при кокаинизме) и токсикоманиях (ингалянты) заметных изменений в картине опьянения не происходит. В то же время проявления опьянений могут меняться еще при аддиктивном поведении, т. е. злоупотреблении без зависимости, под действием различных дополнительных факторов. Так, например, амнестические и дисфорические опьянения могут появиться у подростка после перенесенной черепно-мозговой травмы даже при крайне редком употреблении алкоголя и без всякой зависимости от него.

Продолжающийся рост толерантности также является признаком, присущим алкоголизму и некоторым наркоманиям на II стадии болезни. Но, например, как бы интенсивно и продолжительно ни было злоупотребление кокаином, даже когда оно приводит к полной инвалидизации, оно не сопровождается увеличением толерантности.

Внезапные падения толерантности описаны у подростков, прибегавших к внутривенным вливаниям самодельных препаратов опия. Очередное вливание в обычной дозе в этих случаях не только не купировало абстиненции, а вызывало крайне тягостное состояние с рвотой, ознобом, даже коротким помрачением сознания. На сленге наркоманов это получило название «отврата» [Битенский В. С. и др., 1989].

После перенесенной абстиненции толерантность снижается, и прежние дозы наркотического вещества могут оказаться смертельными.

Нарастающая социальная дезадаптация, как правило, начавшись ранее, сопровождает II стадию болезни. Подростки не только забрасывают учебу и работу, порывают положительные социальные контакты, ведут паразитический образ жизни, но и совершают преступления. Главная цель последних — раздобыть деньги на наркотики или выпивку. Они начинают также совращать младших подростков, толкая их на правонарушения и к аддиктивному поведению, создавая из них подчиненную себе группу.

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРКОТИКОВ И ДРУГИХ ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Как указывалось, на юридическом принципе основывается разделение на наркотики, включенные в их официальный список, и другие дурманящие вещества.

Медицинские классификации базируются на особенностях действия различных средств (галлюциногены, стимуляторы, эйфоризаторы, транквилизаторы, седативные средства и др.) или на способах введения (ингалянты). Однако одно и то же вещество в зависимости от дозы и способа введения может оказывать неодинаковое действие.

Наиболее распространены прагматические классификации, отражающие практические потребности наркологии.

Международная классификация болезней (9-й пересмотр) среди наркотиков перечисляет: 1) препараты опия; 2) снотворные и седативные; 3) кокаин; 4) препараты индийской конопли; 5) психостимуляторы; 6) галлюциногены.

В проектах 10-го пересмотра этой классификации предлагается более детально разработанная и дополненная систематика. Термин «наркотики» заменен на «психоактивные вещества». Кроме перечисленных выше, добавляются другие и неидентифицированные вещества (включая летучие), табак, а среди стимуляторов упомянут кофеин. Специально выделяется одновременное употребление многих психоактивных веществ.

Каждый из видов злоупотреблений получает дополнительные характеристики. Выделяются острые интоксикации: неосложненные, с черно-мозговой травмой и иными телесными повреждениями, с другими соматическими осложнениями, с делирием, с нарушениями восприятия, с коматозным состоянием, с судорогами. Злоупотребление без зависимости отделяется от синдрома зависимости. Последний подразделяется на воздержание в данный момент («текущее воздержание»), то же при ограниченном режиме, при поддерживающем клиническом надзоре; злоупотребление в данный момент, продолжительное и эпизодическое. Следует заметить, что термин «абстинентный» соответствует не нашему пониманию болезненного состояния, а перерыву злоупотребления при наличии зависимости. Состояние абстиненции («состояние воздержания» — абстиненция в принятом у нас понимании) выделяется особо (в том числе неосложненная или осложненная судорогами). Специально отмечается абстинентный синдром с делирием (также без судорог или осложненный ими).

Психозы (психотические расстройства), вызванные психоактивными веществами, разделяются на шизофреноподобные, преимущественно бредовые, преимущественно галлюцинаторные, преимущественно депрессивные или маниакальные, а также смешанные. Амнестический (корсаковский) синдром оговаривается особо. Еще один дополнительный класс составляют резидуальные и отставленные психические расстройства, среди которых выделяются повторные приступы, психозы с отставленным началом, аффективные состояния, расстройства личности и поведения, алкогольная деменция и др.

Американская психиатрическая классификация (DSM-III-R, 1987) выделяет вызванные различными токсическими веществами, включая алкоголь, острые состояния, хронические интоксикации, абстинентный синдром, острые психозы. Но сюда же включаются и деменции, и расстройства личности (т. е. психопатоподобные изменения). Принцип объединения этой группы в том, что все они представляют «органическое» психическое расстройство». Под термином «органическое» понимается расстройство, которое у нас принято скорее обозначать как «экзогенное».

Дальнейшее подразделение ведется по виду действующих веществ: алкоголь, барбитураты, опиоиды, кокаин, амфетамин и сходные с ним симпатомиметические средства, фенциклидин и сходные с ним арилциклогексамины (в нашей стране злоупотребление подобными веществами, применяемыми при откормке скота, не встречалось), галлюциногены, препараты конопли, табак, кофеин и др. При каждом виде злоупотребления выделяются инток-

сикация, «идиосинкразическая» интоксикация (патологическое опьянение, по нашей терминологии), абстинентный делирий, амнестические расстройства, бредовые и аффективные расстройства, личностные, атипические и смешанные расстройства.

Другую группу в классификации составляют расстройства, вызванные психоактивными веществами, среди которых в отношении каждого выделяются злоупотребление и зависимость.

В подростковой популяции в большинстве регионов нашей страны наиболее распространенными являются алкоголь, ингалянты (бензин, некоторые сорта клея, ацетон и др.), препараты конопли — каннабиноиды (гашиш), галлюциногены (главным образом центральные холинолитические средства), препараты опия (в настоящее время, как правило, самодельные из головок мака или маковой соломки) и стимуляторы (особенно производные эфедрина).

Кокаин в середине 80-х годов стал одним из наиболее частых средств для злоупотребления среди подростков в США. В нашей стране имеется пока информация о единичных случаях в одном из южных регионов. Транквилизаторы и другие токсические средства, имели меньшее распространение, чем вещества, упомянутые ранее.

Глава 2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

РОЛЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Пубертатный период с его бурными нейроэндокринными сдвигами с давних пор считается фактором, способствующим злокачественному развитию алкоголизма [Demme K., 1891]. В равной степени это могло бы быть отнесено к наркоманиям и токсикоманиям у подростков, учитывая их быстрое «эпидемическое» распространение в 60—70-х годах нашего столетия.

Известно, что если аддиктивное поведение начинается с подросткового возраста, то риск формирования алкоголизма, наркоманий и токсикоманий оказывается высоким. Среди больных алкоголизмом 76 % начинают пьянствовать до 20 лет, в том числе 49 % — еще в подростковом возрасте [Морозов Г. В., Качаев А. К., 1976]. Среди опийных и гашишных наркоманов на

Дальнем Востоке 72 % пристрастились к опиатам или гашишу еще будучи подростками [Генайло С. П., 1989].

Однако отсутствуют какие-либо точные и убедительные данные, что именно физиологические сдвиги, происходящие во время полового созревания, способствуют более быстрому развитию психической или физической зависимости, когда начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками или иными токсическими веществами. Не ясна в этом отношении также роль акцелерации физического развития и психофизического инфантилизма. Имеются указания, что психическому инфантилизму присуща гедонистическая установка, что способствует аддиктивному поведению [Радченко А. Ф., 1989].

Хроническая интоксикация при длительном злоупотреблении как алкоголем, так и наркотиками и другими токсическими веществами может задерживать гармоничное физическое развитие. Даже допинги вроде анаболических стероидов, с одной стороны, вызывая развитие сильной мускулатуры, в то же время могут угнетать половое созревание вплоть до атрофии половых органов.

Неблагоприятное действие токсических веществ особенно сказывается на развитии, когда злоупотребление ими начинается в младшем и среднем подростковом возрасте — до 16 лет.

Подростковая эпидемия наркоманий и токсикоманий в США и западных странах, так же как и ранний алкоголизм, в первую очередь охватила подростков мужского пола. При этом девочки с ранним алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями составляли казуистическую редкость. Но с годами, сперва в делинквентных компаниях и в движениях хиппи, подростки женского пола с аддиктивным поведением начали составлять все больший процент. В 1989 г. были опубликованы данные о том, что на Дальнем Востоке нашей страны до 15 % гашишных наркоманий среди подростков падает уже на девочек, которых к курению гашиша обычно привлекает более старший сексуальный партнер [Коломеец А. А., 1989]. Еще ранее это было отмечено в отношении злоупотребления алкоголем среди подростков женского пола [Илешева Р. Г., 1978]. Аддиктивное поведение у девочек раньше и теснее связывается с сексуальной расторможенностью [Егоров В. В., 1979].

ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ — ПОДРОСТКОВЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода жизни реакциями эмансипации, группирования со сверстниками, увлечениями (хобби) и формирующимся сек-

суальным влечением [Личко А. Е., 1973, 1985]. Подобные реакции могут оказаться факторами, как способствующими злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами, так и препятствующими аддиктивному поведению — повышающими устойчивость к соблазну.

Реакция эмансипации проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, руководства, покровительства со стороны родных, воспитателей, учителей, всех старших по возрасту вообще, от установленных ими порядков, правил, законов, от всего, что взрослыми уважается и ценится. Эта реакция может быть направлена на ближайшее окружение, непосредственных опекунов и наставников, не может распространяться и на все старшее поколение в целом. В последнем случае, когда реакция эмансипации консолидируется с реакцией группирования со сверстниками, поведение может становиться антисоциальным, достигая уровня молодежного бунта.

Реакция эмансипации особенно выраженной бывает у гипертимных, истероидных и шизоидных подростков и весьма слабо проявляется у сенситивных и психастенических.

Обостренным проявлением реакции эмансипации служит особая форма поведения, названная «отравлением свободой» [Личко А. Е., 1989]. Подобный поведенческий симптомокомплекс развивается, когда строго регламентированный распорядок жизни у подростка сразу сменяется полной свободой, а постоянная опека в повседневной жизни — самостоятельностью. Внезапное исчезновение запретов само по себе способно оказаться для подростка сильным эмоциональным стрессом. Все это может случиться, когда подросток вырывается из-под подавляющей семейной опеки или при выпуске из учебных заведений, при побеге из интернатов, при освобождении из воспитательно-трудовых колоний, при выписке после долгой госпитализации в психиатрической больнице и т. п.

При «отравлении свободой» поведение подростка становится противоположным тому, что требовалось от него раньше. Привлекает именно то, что прежде не дозволялось. Выпивки, употребление наркотиков и других дурманящих средств бывают вызваны желанием «вкусить запретные ранее плоды». «Отравление свободой» особенно благоприятствует «первичному поисковому наркотизму» [Битенский В. С. и др., 1989], т. е. стремлению все попробовать, испытать на себе действие всех дурманящих веществ, которые удается раздобыть.

В качестве фактора, препятствующего аддиктивному поведению, реакцию эмансипации наблюдать не приходилось. В редких случаях, когда подростки из асоциальных семей строили свой образ жизни, исходя из противоположного, что видели в родительских семьях, в частности, становились трезвенниками и осуждали употребление всяких токсических средств,

речь скорее шла не о реакции эмансипации, а о реакции отрицательной имитации [Личко А. Е., 1983, 1985].

Реакция увлечения (хобби), наоборот, как правило, является мощным фактором, противодействующим аддиктивному поведению. Лонгитудинальные исследования показали [Попов Ю. В., 1987], что появление стойких увлечений способствовало резкому сокращению употребления спиртных напитков в старшем подростковом и послеподростковом возрасте. Особенно противодействующим фактором оказываются интеллектуально-эстетические хобби по классификации А. Е. Личко (1973) и Ю. А. Скроцкого (1973). Впрочем, у подростков истероидного типа акцентуации, увлекающихся стихотворчеством или рисованием, курение гашиша иногда используется как способ, якобы стимулирующий творческие способности. Но у них увлечения скорее относятся к эгоцентрическим, питаются желанием привлечь к себе внимание, показать другим свои незаурядные способности. Подростки шизоидного типа, увлекающиеся восточной философией и религией, могут злоупотреблять тем же гашишем с целью проникнуть в сокровенный смысл этих учений [Битенский В. С. и др., 1989].

Телесно-мануальные хобби, т. е. стремление развить силу, ловкость, определенные умения, добиться совершенства в каких-либо навыках обычно препятствуют аддиктивному поведению. Однако эти же увлечения могут подтолкнуть к злоупотреблению допингами в виде анаболических стероидов, чтобы развить мускулатуру, или стимуляторами, чтобы добиться каких-либо достижений.

Исключение составляет особый вид хобби, названный информативно-коммуникативным [Личко А. Е., 1973]. Такие подростки все время отдают бездумному общению со сверстниками, поглощению и обмену малозначимой и не требующей никакой интеллектуальной переработки информацией. Отсюда следует непрестанное тяготение к асоциальным компаниям сверстников. Такое поведение легко сочетается со злоупотреблением алкоголем, знакомством с различными токсическими веществами. Однако главным побудительным мотивом и способствующим аддиктивному поведению фактором является не сама жажда новой информации, а влияние асоциальных компаний, где ею обмениваются. В этих компаниях происходит приобщение к алкоголю и другим дурманящим средствам.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, в определенной мере могут влиять на выбор токсических веществ и даже способствовать злоупотреблению ими. Некоторые из ингалянтов, особенно содержащие эфир, а иногда и бензин, способствуют визуализации представлений («что захочу, то и увижу»), в том числе сексуального содержания. В беседах с врачом подростки обычно ста-

раются эти переживания не раскрывать, склонны отрицать их. Подобные визуализированные сексуальные представления сопровождаются сексуальным возбуждением, вплоть до оргазма. На сленге подростков это иногда обозначается словами «смотреть стриптиз». Подобная сексуальная мотивация злоупотребления ингалянтами бывает свойственна подросткам младшего и среднего возраста.

«Ширка» (см. гл. 12) — самодельный препарат, содержащий производные первитина,— обладает свойством сильного сексуального допинга. Он может оказаться привлекательным для некоторых подростков старшего возраста, уже ведущих половую жизнь.

Среди подростков также бытует суждение, что курение гашиша повышает сексуальную потенцию или делает сексуальные переживания во время сношений особенно острыми и привлекательными. Но скорее речь идет не о повышении сексуальной потенции, а о сексуальной расторможенности — устранении социальных и психологических тормозов. Это особенно проявляется у подростков женского пола, соблазняемых более старшими сексуальными партнерами [Коломеец А. А., 1989]. С той же целью используется алкоголь [Илешева Р. Г., 1978].

Сексуальное влечение у девочек послужило толчком для злоупотребления ими эрготамином, внутривенные вливания которого вызывали у них продолжительные сексуальные ощущения (см. гл. 16).

РЕАКЦИЯ ГРУППИРОВАНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ КАК ВЕДУЩИЙ СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР

С самого начала возникновения в западных странах подростковой эпидемии наркоманий и их появления в нашей стране стало очевидным, что приобщение подростков к наркотикам и другим психоактивным веществам еще более, чем раньше к алкоголю, происходит в компаниях сверстников [Robbins E. S. et al., 1970; Rutanen E., 1972; Личко А. Е., 1977], т. е. тесно связано с реакцией группирования с ними. В связи с этим были предприняты социопсихологические исследования различных подростковых групп с целью выяснения их значимости в развитии аддиктивного поведения.

Разделение подростковых групп на «просоциальные» (т. е. следующие по пути, на который их наставляет общество), «асоциальные» (т. е. пренебрегающие господствующими в обществе идеалами, нормами поведения и образом жизни) и «антисоциальные» (т. е. активно бунтующие против идеалов, правил и законов, установленных старшим поколением) само по себе еще не определяет их связь с аддиктивным поведением.

Комсомольские компании, которые должны были бы служить образцом «просоциальности» в социалистическом обществе, отнюдь не всегда отличались высоким уровнем трезвенности. В «просоциальной» группе, объединившейся, например, в силу интереса и занятий каким-либо видом спорта, вполне поощряемым старшими и обществом в целом, тайком может распространиться злоупотребление не только допингами, но и наркотиками. Из самодеятельного кружка или спортивной команды может родиться группа наркоманов. С другой стороны, некоторые антисоциальные подростковые группировки в силу господствующих в них фанатических убеждений могут активно препятствовать аддиктивному поведению своих членов.

Иное разделение подростковых групп на жестко регламентированные и свободные [Личко А. Е., 1985] также само по себе еще ничего не говорит об их отношении к аддиктивному поведению.

Жестко регламентированная группа отличается постоянным составом, безраздельной властью вожака, «своей» территорией, твердо установленными взаимоотношениями между членами группы, иерархией подчинения между ними, борьбой с соперничающими группами. Но жестко регламентированной может быть и упомянутая антисоциальная группа, с ненавистью и презрением относящаяся к наркоманам и алкоголикам и отвергающая употребление всех дурманящих веществ. В то же время не менее жестко регламентированной может быть группа наркоманов, в которой господствуют суровые неписанные законы и абсолютная власть вожака.

Свободная подростковая группа характеризуется непостоянным составом (одни приходят, другие уходят), нечетким распределением ролей, отсутствием постоянного лидера. Подобными группами могут быть территориальные («дворовые») компании, сборища около дискотек и т. п. В этих группах злоупотребление различными веществами зависит от множества факторов. Но нередко если один подросток «заносит» какое-либо вещество, то может «заражать» его злоупотреблением многих членов компании.

В современном поколении подростков в нашей стране можно увидеть следующие типы групп, большая часть из которых и их отношение к аддиктивному поведению были описаны В. С. Битенским и др. (1989).

Территориальные группы — объединяют сверстников по месту учебы или по месту жительства — в одном большом доме («дворовые компании»), городском микрорайоне, одном поселке и т. п. Внутри одной территории возможно возникновение разных групп; тогда подростки делятся еще по какому-либо принципу — от учебы в одной школе или профессионально-техническом училище до национального признака.

Территориальные группы могут быть как свободными, так и жестко регламентированными. В разные периоды и в разных местах преобладают то одни, то другие. Распространению жестко регламентированных групп способствует определенная социальная обстановка в целом — общественный или экономический кризис, переломные периоды в истории. Ничего, кроме принадлежности к «своим», такую группу не объединяет. Ее сплачивает борьба, порой довольно жестокая, с другими группами, преимущественно также территориальными. Чужака на «своей» территории ждет избиение. Обычно имеются излюбленные места сборищ во дворе или на улице (street corner groups — группы на перекрестках улиц в США), в подъездах, подвалах и т. п. Кроме драк и побоищ, группе остается пустое времяпрепровождение («информационно-коммуникативное хобби»), азартные игры, делинквентные поступки, выпивки и, если появится соблазнитель, то и различные токсические вещества, включая наркотики. Многие из подобных территориальных групп превращаются в делинквентные.

Территориальные подростковые группы, возможно, являются главным источником злоупотребления не только алкоголем, но и другими дурманящими средствами, в особенности ингалянтами и гашишем. Более 70 % курильщиков гашиша начали его курить в группе сверстников по месту жительства или учебы [Коломеец А. А., 1989].

Делинквентные и криминальные группы отличаются друг от друга условно — лишь по тому, подвергаются ли совершаемые группой проступки наказанию, согласно уголовному кодексу, или нет. Делинквентным поведением принято называть не наказуемые, согласно Уголовному кодексу, проступки и правонарушения — обычно это мелкое хулиганство и мелкое воровство, драки без нанесения тяжких повреждений, уклонение от учебы и труда и т. п. [Bennett J., 1960]. С точки зрения наказуемости, все младшие подростковые группы (до 14 лет) являются делинквентными, если только ими не руководит более старший с криминальным опытом.

Криминальное поведение включает уголовно наказуемые действия. Делинквентные группы, как правило, жестко регламентированы. Власть вожака может быть очень велика. Часто при себе он держит «адъютантов» — подростков, физически сильных, но с невысоким интеллектом. Их кулаками вожак творит расправу над непослушными членами группы. Роль и место каждого в группе строго определены. Низшую ступень в иерархии занимают физически слабые и безвольные, всем в группе обязанные угождать («шестерки» — от названия младшей в колоде карты). Тем не менее они держатся за группу, так как она защищает их от более страшной расправы чужих групп, предпочитая суровый комфорт среди своих.

Злоупотребление алкоголем и другими токсическими веществами, как правило, ограничивается отдельными эпизодами. Зависимость развивается далеко не у всех членов подобных групп.

Наркоманические группы обычно состоят из наркоманов, т. е. из тех, у кого уже сформировалась зависимость от наркотика. Но члены такой группы стараются привлечь и удержать склонных к злоупотреблению новичков. Их соблазняют и поначалу могут даже бесплатно снабжать наркотиками с тем, чтобы предъявить «счет», когда у тех разовьется зависимость.

Различают первичные и вторичные наркоманические группы [Битенский В. С. и др., 1989]. В первичных группах наркотик с самого начала был фактором, собравшим группу. Вторичные группы сперва объединялись по какой-либо иной причине (например, территориальные или делинквентные группы, «фанаты», реже «металлисты»), а затем в группе остались лишь те, кто пристрастился к наркотикам.

Наркоманические группы обычно немногочисленны. Их объединяет добыча наркотиков, при надобности изготовление их, переработка сырья, которая может быть налажена по конвейеру, совместное употребление, а иногда и торговля наркотиками. Группы, как правило, являются жестко регламентированными. Лидером нередко бывает молодой, совершеннолетний, обладающий криминальным и наркоманическим опытом. Иногда его называют «учителем», так как он обучает «понимать»—наиболее приятно переживать наркотическое опьянение. Иногда же лидер называется заимствованным из криминального лексикона словом «пахан» или из солдатского «дед» (старослужащий).

Опытный лидер-наркоман следит также за тем, чтобы избежать передозировки наркотика — опасное для жизни отравление. Несчастные случаи с тяжелыми интоксикациями и летальными исходами случаются, когда подростки начинают злоупотребление без подобного руководителя [Битенский В. С. и др., 1989].

Роли всех членов в наркоманической группе определены. Максимально используются способности и личностные особенности каждого. «Шустрила» ищет источник снабжения, перепродает изготовленное. «Гонец» служит переносчиком наркотика. «Кролик» получает наркотик бесплатно за то, что дает «учителю» возможность оценить на нем первом силу самодельного изготовленного препарата.

Лидер группы обкладывает ее членов денежной податью, ведет счет «долгам», притом так, что все члены скоро оказываются в кабальной денежной зависимости от него. Долги достигают крупных размеров, так как лидер может произвольно накладывать денежные штрафы за малейшие провинности и не-

подчинение его приказам. Отказ члена группы от выполнения своей роли грозит суровой расправой. Лидер, как говорят, держит членов «на поводке», т. е. в рабской зависимости. При желании наркомана покинуть группу ему немедленно предъявляется «долг», непосильный для оплаты, а неуплата грозит суровой расправой. Подобным долгом подростки-наркоманы могут шантажировать собственных родителей, выуживая у них крупные суммы денег якобы для того, чтобы «раз и навсегда» освободиться от группы наркоманов и прекратить наркотизацию.

Контактный кайф является своеобразным явлением, которое встречается в группе наркоманов, особенно злоупотребляющих препаратами опия или гашишем. Это ощущение в слабой степени напоминает наркотическое опьянение. Оно появляется у наркомана еще до того, как было сделано вливание опиатов или он закурил гашиш. Контактный кайф возникает, когда наркоман только пришел в свою компанию, особенно среди уже кайфующих, или в привычной обстановке при виде шприца, наркотика, сигареты с гашишем. В этих случаях в основе контактного кайфа явно лежит условнорефлекторный механизм. Сходные реакции описаны также в помещении, где курили гашиш и еще сохранился запах его дыма.

Подростковая эпидемия наркоманий в западных странах, начавшаяся в 60-х годах, была тесно связана с появлением особых подростковых группировок, молодежных течений, новой музыки, новой одежды, новой манеры вести себя — всего того, что позднее получило название «подростковой субкультуры». По определению N. Parkinson (1970), подростковую культуру составляет система ценностей и условностей, одежды, музыки, танцев, напитков и наркотиков, характерных для мира подростков.

Каждое из направлений подростковых группировок проявило отличное от других отношение к злоупотреблению различными веществами, свои особенности аддиктивного поведения. Принадлежность к некоторым из этих группировок, которые описываются далее, создает повышенный риск злоупотребления определенными средствами, хотя само по себе об этом еще не свидетельствует и тем более не говорит о сформировавшейся наркомании или токсикомании. Поэтому сведения об особенностях различных типов группировок полезны для подросткового психиатра и нарколога. Массовые средства информации обычно давали о них одностороннюю информацию.

Приводимые далее описания основных типов подростковых группировок даны как по материалам монографии В. С. Битенского и др. (1989), так и на основании нашего опыта.

«Хиппи» как молодежное движение возникло в начале 60-х годов в США и Англии среди подростков и молодежи

(возраст — от 12 до 25 лет) из семей среднего достатка и белой расы. Затем это движение распространилось на другие страны. Вскоре хиппи появились в нашей стране.

На Западе это движение в значительной мере родилось как протест против «грязной войны» во Вьетнаме. В противовес идеям старшего поколения о «защите западной цивилизации» с оружием в руках, бывшей тогда всеобщей воинской повинности в США, антикоммунистической пропаганде, запугиванию атомной агрессией, насаждению «образа врага» движение хиппи провозгласило противоположные идеалы. Ими стали пацифизм и миролюбие в отношении окружающих, отрицание агрессии, «естественный образ жизни», нежелание кому-либо что-либо навязывать или заставлять делать.

Протестом «процветающему обществу» стал весь образ жизни хиппи. Вместо дорогой модной одежды — рваные заношенные джинсы; вместо аккуратных причесок — длинные, немытые и плохо расчесанные волосы; вместо внешне благополучной семьи, лицемерно прикрывающей внутренние раздоры, измены и обман — жизнь коммуной, «свободная любовь», общие дети; вместо эгоизма и собственничества — общие вещи и деньги; вместо признанной и почитаемой старшим поколением музыки — битлзы и подражающие им ансамбли; вместо узаконенного постоянного умеренного пьянства старшего поколения — марихуана, галлюциногены, героин — все, что отвергалось и преследовалось обществом.

Хиппи — группы свободные и открытые. Они благожелательно всех принимают и никого у себя не удерживают. Никому не принято ничего диктовать и ни в чем препятствовать, т. е. опять же внутригрупповое поведение строится как противоположное тому, что принято в семье и в обществе. Распространены интересы к религии и восточной философии. Рассуждения на эти темы служат проявлением подростковой метафизической интоксикации. Среди хиппи в нашей стране не меньший интерес проявлялся к православному христинству.

Курение марихуаны было принято среди хиппи в западных странах. Считается, что подражающие битлзам ансамбли разнесли марихуану и гашиш по всему миру. Однако в среде хиппи злоупотребляли и галлюциногенами, и героином.

Во второй половине 70-х годов движение хиппи в западных странах пошло на спад. Однако в нашей стране в середине 80-х годов началось «возрождение хиппи» — «новая волна». Оно совпало с затянувшейся войной в Афганистане и с отрицательным отношением к этой войне среди многих подростков-допризывников. Однако «истинных хиппи», которые вели полностью асоциальный образ жизни, было немного. Зато появилась группа «вечерних хиппи». Такие подростки днем где-то учились или работали, носили обычную одежду, даже старались маски-

ровать длинные волосы, заправляя их за воротник. Закон о преследовании за тунеядство против них был бессилен. Зато вечерами, переодевшись в традиционные залатанные джинсы и распустив волосы, они проводили время на сборищах («тусовках») в определенных местах, иногда у кого-то на квартире («на флете»). Среди них снова вспыхнул интерес к музыке битлзов. Трагически погибший певец этой музыкальной группы Джон Леннон почитался как кумир и образец для слепого подражания.

В группах хиппи по-прежнему курят гашиш, пробуют различные токсические вещества. В последние годы проявляется интерес к эфедрону. Все это охотно предлагается новичкам, но не навязывается. Поэтому в группах хиппи удерживаются и те подростки, которые никогда не прибегают ни к каким дурманящим средствам, а увлекаются духовным самосовершенствованием, йогой, религиями и т. п. Распространено, однако, суждение, что курение гашиша позволяет лучше проникнуть в сокровенный смысл постулатов восточной философии. В меньшей степени это относится к другим наркотикам и токсическим средствам.

«Панки» (от англ. punk — гнилушка, гадина) появились в конце 70-х годов в Англии. В отличие от пассивного протеста хиппи, панкам присущ активный, злой, агрессивный протест. Вызывающие поведение и внешность предназначены для того, чтобы вызвать у представителей старшего поколения и благополучных сверстников крайнюю неприязнь, негодование и вместе с тем страх.

Группа панков чаще всего жестко регламентирована, со своим вожаком, волчьими законами внутригрупповых взаимоотношений. Их основная мораль: «Все люди — гадины! Будь таким же и ты и так же относись к людям!».

Одежда и прическа у панков были такими, чтобы вызвать у других отвращение,— яркий грим, даже намалеванные на лице отвратительные язвы, причудливо зачесанные и постриженные волосы, к тому же еще покрашенные в разные цвета. Костюм похож на клоунский, с собачьим ошейником или цепочкой от унитаза как «украшение» на шее.

Излюбленная музыка (панк-рок) отличалась не только громкостью, неритмичностью и диссонансами, но и неприятными для слуха звуками — скрежетом, визгом и т. п. Тексты песен изобиловали нецензурной бранью. Популярные ансамбли носили название вроде «Секс пистолс». Предпочитались беспорядочные половые контакты, иногда с насилием.

В нашей стране панки появились в 80-х годах. Внешняя атрибутика частично заимствовала западные образцы: высоко выбритые виски, причудливая прическа («гребенка»), иногда зауженные короткие брючки, узкий галстук или шнурок на шее.

Особенно важной считалась серьга в одном левом ухе[1] или крестик, вделанный в его мочку, а также лезвие бритвы, висящее на цепочке на шее, и крупная английская булавка на груди.

Проповедовалось насилие во всех его формах. Тайно учились приемам карате (с 1981 г. незаконное обучение этому виду борьбы стало преследоваться Уголовным кодексом), чтобы жестоко бить противников в драках. Часть из панков заявляли о своей приверженности фашизму, носили соответствующую атрибутику, но, в отличие от «неонацистов», идеологическая сторона фашизма их мало интересовала. Среди панков встречались также «панки-самозванцы» — внешне подражающие им, но в группы не входящие или изгнанные из них.

Аддиктивное поведение среди панков чаще всего сводилось к злоупотреблению алкоголем. Но эпизодически они могли прибегать к самым различным токсическим веществам, даже к ингалянтам. В последнее время наибольший интерес стал проявляться к стимуляторам типа эфедрона и «ширки».

«Металлисты» объединяются в группы, мотивируя это увлечением музыкой в стиле «тяжелый металлический рок» (heavy metal rock). Эта музыка отличается громкостью и усиленным ударным ритмом. Под нее не танцуют, а слушают ее сидя, ритмично раскачиваясь, постепенно возбуждаясь, приходя в состояние неистовства. Эти действия напоминают религиозную секту прыгунов в прошлом. В подобном состоянии неистовства они способны совершать бессмысленные разрушительные действия. По словам подростков, под звуки металл-рока они начинают «кайфовать» — испытывают необычные сильные и приятные эмоциональные переживания.

Наиболее популярные ансамбли нередко носят в завуалированной форме названия, отталкивающие обывателя. «Блек Саббат» («Black Sabbath»), т. е. дословно «Черная суббота» может пониматься как служение дьяволу, а не богу. Широко известный «Ай-си-ди-си» (ACDC) как будто взял официальный термин, принятый в электротехнике и означающий возможность движения тока в цепи в обоих направлениях. Но на подростковом сленге это слово символизирует бисексуала, склонного как к нормальным, так и к гомосексуальным сношениям, а иногда и просто гомосексуала, но готового играть как активную, так и пассивную роль.

Внешняя атрибутика является другой неотъемлемой частью «металлистов». Называются они так потому, что носят множество металлических украшений вплоть до рыцарских доспехов. Особенно важны среди этих украшений «клепанки» — металлические браслеты с шипами и клепками. Железные, стальные и медные массивные украшения также символизируют протест

---

[1] Серьгу в мочке правого уха носили «голубые», т. е. гомосексуалисты.

старшему поколению, предпочитающему миниатюрные украшения из драгоценных металлов.

«Металлисты» приветствовали друг друга условным знаком — «козой»: поднятой правой рукой с оттопыренным указательным пальцем и мизинцем и словами «Хэви мѐтал!» («тяжелый металл»), что напоминало фашистское приветствие с возгласом «Хайль Гитлер!».

Принадлежность к «металлистам» требовала немалых денег. Металлические украшения на одежде и импортные записи металл-рока стоили недешево. В этих группах оказывались либо подростки из состоятельных и легко сорящих деньгами семейств, либо те, кто добывал эти деньги фарцовкой, т. е. незаконной перепродажей импортных вещей.

Обычно «металлисты» употребляли алкоголь, но в сравнительно небольших дозах. К другим дурманящим средствам они особого тяготения не испытывали. Вероятно, очень громкая ритмическая музыка доставляла им наслаждение, аналогичное опьянению. Если же группа «металлистов» начинала прибегать к наркотикам, то она вскоре превращалась в группу наркоманов; атрибутика, пластинки и кассеты быстро распродавались для денег на наркотики, интерес к металл-року исчезал.

Наиболее ненавистной для «металлистов» группировкой подростков оказались те, кого они называли «попперами»,— собиравшиеся около дискотек и предпочитавшие более доходчивую поп-музыку. Но за внешними различиями в музыкальных вкусах причина вражды крылась, видимо, более глубоко. «Металлисты» презирали попперов как простолюдинов, и те служили им объектом для разрядки агрессии.

«Попперы» (от поп-музыки), они же «диско» — названия, данные подросткам, группировавшимся около дискотек. Сами себя они так не называли. В середине 80-х годов их кумирами чаще всего были знаменитости итальянской эстрады (Адриано Челентано и др.). Со временем музыкальные вкусы менялись. Но никакие «идеи», кроме желания развлечься, завести знакомства, в том числе сексуальные контакты, пообщаться на примитивном уровне (информативно-коммуникативное «хобби» по А. Е. Личко, 1973), да еще покрасоваться перед сверстниками в импортной одежде, подобные компании не объединяли.

Группы попперов — свободные, с меняющимся составом, разнополые, без постоянного лидера. Броская модная одежда является предметом чрезвычайной озабоченности. В начале 80-х годов был моден стиль «диско» — блестящий, яркий, туго обтягивающий все тело («выразительный») костюм. Затем моды менялись. Но попперы всегда старались быть одетыми во все импортное из капиталистических стран. Носить одежду отечественного производства («ходить во флаге») считалось унизительным, вызывало насмешки. Наряды требовалось постоянно

менять, изображая их изобилие. Поэтому между членами групп шли непрерывный обмен одеждой, одалживание и перепродажа.

Попперами эти группы прозвали «металлисты». С их стороны, а также со стороны групп, аналогичных люберам, попперы часто подвергались нападениям. Лишь тогда они действительно объединялись для отпора.

Членам групп попперов нередко было свойственно аддиктивное поведение — алкоголь, курение гашиша, глотание каких-либо таблеток без особого разбора — от транквилизаторов до холинолитических галлюциногенов. Однако внутривенных вливаний они обычно остерегались. Ингалянты также были мало распространены, так как дискотеки посещали подростки старшего возраста.

«Мажоры» — название, которое себе дали группы подростков старшего возраста, тянувшиеся к «роскошному» образу жизни. Пределом их желаний было провести каждый вечер в ресторане с выпивкой, дорогим угощением, последующими сексуальными контактами, развлекательными поездками на автомашинах. Большей частью эти подростки были из очень состоятельных семей и активно занимались фарцовкой. Одевались они не только в модные, но и в дорогие импортные одежды, а украшения носили ценные.

Группы мажоров были свободные. Объединяли их только совместные развлечения и фарцовка.

Аддиктивное поведение обычно сводилось к регулярным выпивкам. Предпочитались коньяк и дорогие импортные напитки. Иногда курили гашиш.

В конце 80-х годов название «мажоры» исчезло из подросткового сленга, хотя подростки и их группы, стремящиеся к подобному образу жизни, сохранились.

«Брейкеры» являются фанатическими поклонниками и постоянными исполнителями танца «брейк-данс» (brake-dance). Он распространился в середине 80-х годов и представляет собой соединение элементов художественной гимнастики, акробатики, дзюдо, карате и пантомимы. От исполнителя требуются как хорошая спортивная подготовка, притом не просто грубая сила, а выносливость к большим и длительным физическим нагрузкам, так и грациозность, изящество движений и выразительная мимика.

Этот танец для брейкеров является увлечением (хобби). Брейку нередко отдают все свободное время. Устраиваются состязания, фестивали, на которые съезжаются из разных городов, имеются свои чемпионы. При этом брейкеры обычно продолжают учебу или работу, хотя чрезмерное увлечение брейком нередко отрицательно сказывается на успеваемости и продуктивности.

Брейкеры не употребляют ни алкоголя, ни наркотиков, ни других токсических средств, так как все они немедленно отрицательно скажутся на результатах любимого занятия. Не используются и анаболические стероиды, так как брейк вовсе не требует наращивания мышечной массы. Некоторые из брейкеров в качестве допинга использовали крепкий кофе, но не в чрезмерных токсических дозах, которые могут нарушить тонкую координацию движений.

Таким образом, увлечение брейком в определенной мере создает психологический иммунитет к аддиктивному поведению.

«Рокеры» как группировка подростков и молодежи появились на Западе еще в 70-х годах. Тогда в англоязычных странах их чаще называли «байкерами» из-за их пристрастия к мотоциклу (motobike — мотоцикл). Идейные взгляды многих из этих группировок были близки к «неонацистам». Но, в отличие от последних, они скорее придерживались ортодоксальных фашистских убеждений, среди них процветал культ Гитлера. Их атрибутами были мотоцикл и черная кожаная куртка. Подобные группировки иногда представляли собой настоящие банды. На мотоциклах неожиданно и стремительно они врывались в небольшие населенные пункты, громили и крушили все, что попадалось на глаза, и столь же быстро исчезали. В 80-х годах подобные группы в западных странах стали исчезать.

В СССР рокеры появились в 80-х годах. Главным мотивом их группирования также стали мотоцикл, совместные поездки и гонки на бешеной скорости. Культировалась отчаянная лихость. Одним из испытаний была езда на мчавшихся навстречу друг другу мотоциклах (кто первый свернет в сторону? у кого не выдержат нервы?).

Рокерам свойствен протест в отношении старшего поколения и установленных им порядков. Но этот протест также проявлялся с помощью мотоцикла. В ночное время компаниями они ездили на мотоциклах по жилым кварталам без глушителей, чтобы бешеным ревом моторов перебудить всех. Другая форма протеста состояла в том, что в часы пик на магистралях с интенсивным движением рокеры блокировали это движение шеренгой в ряд едущих мотоциклов на очень медленной скорости и не оставляя места для обгона, тем самым создавая позади себя транспортные пробки.

Предпринятые в последние годы попытки формализовать движение рокеров, устроив для них загородные мотоклубы, ослабили к ним интерес среди подростков.

Девушки среди рокеров составляли большую редкость. В группу допускалась обычно лишь сожительница лидера. В отличие от рокеров на Западе, в нашей стране не приходилось слышать что-либо о «маме» — имевшей сексуальные контакты

со всеми членами группы по своему усмотрению и пользовавшейся среди них определенным авторитетом.

В связи с тем, что искусное вождение мотоцикла ни под «кайфом», ни в состоянии сильного алкогольного опьянения невозможно, аддиктивное поведение в среде рокеров большого распространения не получило. Однако легкие опьянения и курение гашиша полностью не были исключены.

«Неонацисты» явились формой активного протеста в отношении старшего поколения, среди которого многие ненавидели фашизм или пострадали от него. Культивировались взгляды об «истинном фашизме», который якобы «опошлили» Гитлер и Муссолини. Расовая теория нередко полностью отвергалась. По представлению подобных «неонацистов» «истинным арийцем», «сверхчеловеком» не рождаются, а становятся, вытравив из себя всякую жалость к «недочеловекам», поборов трусость и воспитав в себе выносливость, беспощадность и ненависть к врагам. Образ врага в разных случаях выбирался различный. Иногда им служили подростки, недавно приехавшие в данную местность. Иногда ненависть культивировалась в отношении старшего поколения, особенно пожилых людей, которых считали «паразитами, отнимающими у молодежи место в жизни». Наконец, образ врага мог основываться на национальной розни.

Группы «неонацистов» обычно были жестко регламентированными. Увлечения составляли силовые виды спорта и каратэ.

Злоупотребление алкоголем, а тем более наркотиками и другими дурманящими средствами, отвергалось как недостойное для «сверхчеловека» и сурово преследовалось — провинившихся наказывали или изгоняли из своих компаний.

«Люберы» и сходные с ними группировки под различными названиями в разных местах также стали формой активного протеста, но направленного не на старшее поколение, а прежде всего на сверстников из находящейся в более привилегированном положении части общества. Например, сами люберы — подростки из подмосковного городка Люберцы — чувствовали себя ущемленными в сравнении со сверстниками из престижных районов столицы.

Идеалами люберов и аналогичных им групп подростков обычно становились примитивные ортодоксальные представления о «равенстве» и «превосходстве» «простых людей», которые нередко преподносились официальной пропагандой в прежние годы. Отсюда и названия некоторых из этих групп — «Истинные ленинцы», «Организация активных действий» и т. п. В этих идеях они черпали уверенность в своей правоте, в борьбе за «правое дело» с теми, кому подсознательно завидовали.

Сильное мускулистое тело стало центральным культом. Развить мускулатуру, «накачать мышцы» делалось одной из главных забот. Достигалось это не только усиленным гимнастиче-

ским тренингом, многочасовыми каждодневными физическими упражнениями с гантелями, гирями, на турнике в специальных помещениях («качалках»), чаще всего в заброшенных подвалах. Как правило, для этого начинали использоваться допинги, известные от спортсменов,— прежде всего анаболические стероиды в сочетании с белковыми нагрузками (ложками ели сухой молочный порошок или белковые препараты, из которых готовят смеси для младенцев).

Развитая мускулатура служила для драк. Избивали и грабили тех, кто был объектом ненависти — например, «вечерних хиппи», которые менее других способны были дать отпор.

Наркотики и другие дурманящие средства избегались. Не было пока сведений о склонности членов подобных групп к стимуляторам, хотя свойственная этим группам агрессивность (не только в отношении хиппи, но и «металлистов», а также просто модно и богато одетых сверстников) легко могла бы пробудить потребность в них. Алкоголь употреблялся далеко не всеми, эпизодически и умеренно. Иногда избегали даже курения табака.

«Ф а н а т ы» или «ф е н с ы» представляли собой страстных почитателей какой-либо спортивной команды (чаще футбольной или хоккейной) или какого-либо эстрадного ансамбля. Они нередко сопровождали их во время поездок в другие города на соревнования или гастроли. Посещали все матчи или концерты, группировались друг с другом, старались завести знакомства со своими кумирами.

Спортивные фанаты иногда разделялись на «правых» и «левых». Одни из них были действительными поклонниками своих кумиров и жаждали их успеха, устраивали шумные овации, искали знакомства с ними, собирали их автографы, фотографии и т. п. Для других притягательной силой больше становились драки с фанатами соперничающей команды. При отсутствии такой возможности готовы были затеять ее с другими фанатами своей же команды. «Правыми» и «левыми» они назывались в зависимости от стороны трибун стадиона, где обычно рассаживались.

Среди фанатов нередко оказывались подростки, уже знакомые с действием дурманящих веществ и склонные к выпивкам. Они могли становится соблазнителями для других, даже для всей группы в целом. Поэтому данные компании можно рассматривать как группы высокого риска в отношении аддиктивного поведения. Если групповое злоупотребление становилось регулярным, то обычно прежний страстный интерес к своей команде или ансамблю ослабевал, а с развитием зависимости пропадал вовсе.

В заключение представлены сведения о роли различных видов группировок подростков для возникновения аддиктивного

поведения. Очевидно, что наибольшее значение имеют территориальные группы, гораздо большее, чем группировки из некоторых неформальных течений.

Среди обследованных подростков, госпитализированных в связи с аддиктивным поведением в наркологические или психиатрические стационары, была установлена принадлежность к следующим группам:

	%
— территориальные группы — компании сверстников в своем дворе, микрорайоне, учебном заведении, интернате	44
— неформальные объединения подростков («хиппи», «панки» и др.)	15
— компании наркоманов	10
— одиночки, не принадлежавшие ни к каким подростковым группам	8
— случайные компании (знакомства в дискотеках, барах, на танцах и т. п.)	7
— один постоянный приятель, ставший соблазнителем	4
— делинквентные и криминальные группы	1
— компании гомосексуалов	4
— групповая принадлежность осталась неясной	7

НАРУШЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ КАК ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР

Неполная семья, безотцовщина неоднократно упоминались многими авторами и за рубежом, и в нашей стране как обстоятельство, способствующее как делинквентности, так и аддиктивному поведению. Однако немалая часть подростков, обнаруживших склонность и к тому, и к другому, выросли в полных, внешне вполне благополучных семьях. В то же время около 20—25 % вполне социально адаптированных подростков, не склонных ни к делинквентности, ни к аддиктивному поведению, воспитываются в нашей стране в неполных семьях [Эйдемиллер Э. Г., 1976; Кулаков С. А., 1989]. Видимо, дело не просто в неполной семье, а в том, что в ней труднее осуществить правильное воспитание.

Не меньшее, а может быть большее значение имеют семьи «деформированные» (т. е. с отчимом или мачехой) или распадающиеся, когда родители все время находятся на грани развода. Постоянные конфликты в семье неминуемо приводят к противоречивому воспитанию, когда каждый из старших в семье «гнет свою линию» в отношении воспитания ребенка и подростка.

Наиболее важным фактором считаются асоциальные семьи с пьянством, криминалами родителей и жестоким отношением внутри семьи друг к другу [Битенский В. С. и др., 1989]. С этими семьями связаны безнадзорность и жестокое отношение к детям. Подростки становятся «уличными», группируются с такими же в своем микрорайоне. Сверстников из более благополучных семей они либо преследуют, либо стараются подчи-

нить. Дурманящие вещества служат главным способом развлечений в подобных группах.

Меньшее значение имеет гиперпротекция в воспитании, когда подростка с детства чрезмерно опекали и контролировали, следили за каждым шагом и все за него решали, подавляли малейшую самостоятельность (доминирующая гиперпротекция) или безмерно баловали, спешили удовлетворить малейшее желание, без удержу восхищались и действительными способностями, и мнимыми талантами, избавляли от малейших трудностей, от необходимости самим чего-либо добиваться (потворствующая гиперпротекция).

В случаях злоупотребления наркотиками или иными токсическими веществами родители стараются утаить это от окружающих, всячески обелить подростка, перенести вину на других. Мало того, характерна «родительская анозогнозия», когда наркомания или токсикомания у подростка уже сформировалась, но родители упорно отрицают ее наличие, нехотя признавая лишь редкие эпизоды злоупотреблений. Особенно подобная анозогнозия бывает свойственна некоторым матерям.

Толчком к аддиктивному поведению может быть также эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери [Кулаков С. А., 1989]. Подросток чувствует, что родителям не до него, что у них своя, интересная для них, жизнь, что они тяготятся обузой родительского долга. Подростку в семье не хватает эмоционального тепла, искренней любви, понимания, сопереживания. Особенно тяжелым ударом такое отношение со стороны близких становится для подростка эмоционально-лабильного типа. Эмоциональное отвержение нарушает социализацию в семье [Кулаков С. А., 1989], что приводит к искажению образа своего «Я», заниженной самооценке, нарушению мотивационной сферы и к аддиктивному поведению как к одной из форм психологической защиты.

Подробнее о типах неправильного воспитания в семье и их роли в развитии аддиктивного поведения у подростков будет сказано в разделе «Опрос родителей» (см. стр. 76). Именно этот опрос чаще всего служит наиболее информативным источником в данном отношении.

МОТИВАЦИЯ И МОТИВИРОВКА

Мотивацией в современной психологии принято называть побуждения, вызывающие данную деятельность и определяющие ее направленность: 1) потребности и инстинкты; 2) стремления и желания, т. е. эмоционально окрашенные субъективные переживания; 3) установки.

Мотивировку принято отличать от мотивации. Мотивировкой называют объяснение самим субъектом причин своих действий,

обычно путем указания на приемлемые для него обстоятельства. Мотивировка может не совпадать с действительной мотивацией, сознательно или неосознанно ее маскировать или искажать.

Иногда с мотивацией смешивают объективно действующие факторы окружающей среды, чаще всего социальные и психологические (например, алкоголизм родителей рассматривается как мотивация аддиктивного поведения у подростка).

Мотивация начала злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами (инициальная мотивация) и мотивация последующего злоупотребления может быть различной.

Когда формируется психическая зависимость, то основной мотивацией становится влечение — потребность изменить определенным образом свое психическое состояние. Если возникает физическая зависимость, то главным мотивом злоупотребления делается страх мучительной абстиненции.

Инициальная мотивация у подростков представлена в основном несколькими наиболее частыми мотивами, которые встречаются при разных формах аддиктивного поведения — от алкоголизации до внутривенных вливаний опиатов. Однако при злоупотреблении разными веществами выступают на первый план неодинаковые мотивы. Например, для первого употребления алкоголя в опьяняющих дозах мотивом чаще всего служит реакция группирования со сверстниками — желание не отстать от «своих», «быть, как все», «чтобы считали своим». Мотивация первого употребления галлюциногенов чаще сводится к стремлению испытать неизведанные раньше ощущения и переживания («любопытство»).

Мотивация в определенной степени зависит от типа акцентуации характера у подростка. Подросток неустойчивого типа просто ищет еще один способ поразвлечься. Гипертима и истероида привлекает необычность переживаемого и возможность завоевать престиж в компании. Шизоиду важно заглушить внутренние противоречия, облегчить контакты со сверстниками или стимулировать аутистические фантазии. Эмоционально-лабильному подростку более важна релаксация, возможность «забыться», уйти от трудностей и невзгод.

Описываются некоторые личностные особенности, которые определяют мотивацию при аддиктивном поведении у подростков. К ним относят терпимость к отклонениям от социальных норм, недостаточная ориентация на достижение успеха своим упорным трудом, оппозиционная настроенность в отношении основных социальных требований, склонность к депрессиям [Brook J., 1985]. Многие из этих качеств входят в структуру неустойчивого типа акцентуации характера [Личко А. Е., 1977, 1983].

В зарубежной литературе как на частый мотив аддиктивного поведения у подростков и молодежи указывалось на конфронтацию поколений — протест в отношении духовных ценностей родителей и общества в целом [Robbins E., 1970; Seibel S., 1976].

С неофрейдистской точки зрения [Фромм Э., 1986], главный мотив аддиктивного поведения обусловлен развившимся в нашу эпоху культом потребительства (желанием «потреблять счастье как товар»).

В немецкой литературе была сделана попытка классифицировать мотивы злоупотребления [Hell D. et al., 1976]. Они были разделены на «позитивные» (наслаждение), «негативные» (устранение тоски и тревоги) и «нейтральные» (приспособление к окружению). Несмотря на неудачные обозначения, подобные мотивы, действительно, имеют место. К ним можно еще добавить, что около 20 % подростков верят в миф о стимуляции творческих способностей некоторыми наркотиками [Коломеец А. А., 1989], а в отношении алкоголя еще бытует кое-где мнение о его пользе для здоровья в умеренных количествах [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984].

О мотивации часто судят по мотивировке, которую узнают от самого подростка. Как указывалось, истинная мотивация далеко не всегда совпадает с мотивировкой. Тем не менее последняя сама по себе представляет интерес.

Для изучения мотивировки обычно используются два метода — анкетирование (заполнение опросников с предлагаемым списком вопросов или набором ответов для выбора) или клиническое интервью (выяснение мотивировки в индивидуальной беседе с подростком, желательно после того, как с ним был установлен достаточный контакт). Каждый из этих методов имеет преимущества и недостатки. Анкетирование более удобно для массовых исследований, интервью — при более тщательном знакомстве с пациентом в клинике. Но на одном и том же контингенте результаты, полученные с помощью этих двух методов, могут существенно отличаться. Например, сослались на влияние компании или соблазнившего приятеля при первом употреблении дурманящих веществ (экстрапунитивная мотивировка — желание переложить вину на других) при письменном анкетировании 76 % подростков, а во время интервью — только 38 % [Битенский В. С., Личко А. Е., Херсонский Б. Г., 1988]. Возможно, что стремление взвалить вину на других выступает сильнее, когда опрос ведется в настораживающей подростка письменной форме.

Исследование мотивировки злоупотребления наркотиками и другими токсическими веществами, проведенное у 370 подростков мужского пола в Ленинграде и Одессе [Битенский В. С., Личко А. Е., Херсонский Б. Г., 1988], при котором был исполь-

зован метод клинического интервью, обнаружило следующее распределение:

	%
— пристрастились к транквилизаторам, назначенным врачом	меньше 1
— «от скуки», «от нечего делать»	меньше 1
— демонстративный протест перед старшими	1
— замена алкоголя, ставшего недоступным	2
— стимуляция творчества	3
— желание показать сверстникам свою незаурядность	6
— влияние старшего по возрасту соблазнителя	7
— любопытство, желание испытать неизведанное	8
— стремление «забыться», отключиться от неприятностей	10
— поиск фантастических видений, галлюцинаций («поймать глюки»)	12
— намерение пережить эмоционально приятное состояние («кайф»)	19
— желание не отстать от компании, быть, «как все», в своей группе сверстников	31

Влияние компании особенно велико при употреблении алкоголя, ингалятов, гашиша; желание испытать «кайф» — препаратов опия; стремление забыться — транквилизаторов и гашиша; испытать неизведанное и «поймать глюки» — галлюциногенов.

Мотивация злоупотребления алкоголем довольно детально разработана в отношении взрослых. Предложено разделять мотивы на 3 группы [Завьялов В. Ю., 1988]: 1) социально-психологические; 2) отражающие потребность в изменении своего состояния и 3) «патологическую мотивацию». К социально-психологическим мотивам отнесены традиции, особенности культуры, подчинение другим людям или референтной группе. Как потребность изменить свое состояние расценены мотивы гедонистические (желание испытать эйфорию), атарактические (устранение негативных эмоциональных переживаний) и гиперактивация (стимуляция физической работоспособности или творческой активности). Патологической мотивацией названы «фиксация патологического влечения в сознании» (т. е. сформировавшаяся психическая зависимость), стремление избежать абстиненции и намеренное самоповреждающее поведение.

У подростков основные мотивы начала злоупотребления несколько отличны [Parquet Ph., Bailly D., 1988]. Преобладают значение группирования со сверстниками, улучшение коммуникации с ними, стремление подчеркнуть свою «взрослость», желание избавиться от скуки или испытать необычное.

Мотивация воздержания имеет существенное значение и для инициальной мотивации аддиктивного поведения и при сформировавшейся зависимости [Bearden W. et al., 1979]. Здесь встречаются культуральные и субкультуральные запреты (когда-то не нарушаемое мусульманами запрещение употреблять спиртные напитки, согласно завету Мухáммеда; «су-

хие законы», бытовавшие во многих студенческих строительных отрядах; запрет на алкоголь и наркотики в некоторых подростковых и молодежных неформальных группировках).

Среди индивидуально-психологических факторов могут быть упомянуты страх навредить своему здоровью или превратиться в наркомана, а также реакция отрицательной имитации у подростков при тяжелом алкоголизме родителей [Личко А. Е., 1977; Булотайте Л. И., 1987].

После лечения алкоголизма и наркоманий, особенно когда была выраженная физическая зависимость, мотивацией воздержания может стать страх рецидива этой зависимости.

ДРУГИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Распространено мнение, что важными причинами аддиктивного поведения подростков являются безделье, скука, неумение себя занять, падение интереса к духовным ценностям старшего поколения. Отсюда следуют призывы строить побольше спортивных площадок, организовывать всякого рода кружки, «клубы по интересам» и т. п. В какой-то степени старшее поколение, предлагая подобные меры, выявляет неисполнившиеся мечты собственной юности, а не интересы современных подростков.

Попытка объективно оценить условия, способствовавшие злоупотреблению дурманящими средствами, на основании не только опроса самих подростков и их родителей, но также сведений из учебных заведений, от инспекторов по делам несовершеннолетних и других источников, показала, что подобная «скука» как единственный фактор оказалась одним из самых редких условий.

Другие социально-психологические факторы встречались не с меньшей, а с большей частотой:

	%
— «скука», безделье, незанятость	1
— наличие наркоманов — членов семьи	1
— переживание собственной сексуальной неполноценности (импотенция, гомосексуализм)	3
— раскрытие факта усыновления	3
— развитие психоза у одного из родителей	3
— непосредственно предшествующие злоупотреблению трагические события в семье (суицид одного из родителей и т. п.)	4
— лишение роли «кумира семьи»	6
— положение «Золушки» в связи с изменением состава семьи (появление отчима, сводного сиблинга и т. п.)	7
— вынужденная разлука с лицом, к кому была сильная эмоциональная привязанность	8
— отвержение со стороны сверстников из-за физического недостатка	9

— помещение в специальный интернат для трудных подростков 9
— бунт против чрезмерной опеки со стороны родителей и других членов семьи 12
— алкоголизм матери 13
— «семейный крах», резко изменивший социальный и психологический статус подростка 14
— эмоциональное отвержение со стороны матери 17
— постоянные конфликты между родителями 17
— невозможность удовлетворить завышенные притязания в отношении своего будущего 18
— жестокое обращение с подростком в семье 19
— алкоголизм отца 22
— несостоятельность в учебе 27
— способствующие условия остались невыясненными 15

Сумма процентов составляет больше 100, так как у одного и того же подростка могло быть отмечено наличие 2—3 факторов.

Сущность некоторых из перечисленных факторов можно пояснить следующими примерами.

Жестокое обращение видно в случае постоянного избиения подростка пьяным отцом без всякого повода, только чтобы «сорвать зло» на изменившую ему когда-то мать. Завышенные притязания обычно проявляются безнадежным намерением стать актером, журналистом, художником, поступить в «престижный» вуз при отсутствии достаточных способностей для этого. Эмоциональное отвержение со стороны матери становится очевидным, когда после развода с отцом она снова выходит замуж или заводит сожителя, а сына помещает в интернат. Примером «семейного краха» может быть случай, когда в благополучной, жившей в большом достатке семье отец был осужден на длительный срок за крупные взятки, у матери развился психоз, принявший хроническое течение, и ее надолго поместили в психиатрическую больницу, а 16-летний подросток оказался совершенно один и без средств. Чрезмерная опека может достигать постыдной для подростка слежки за ним со стороны неработающих членов семьи. Например, мать и бабка ходили по пятам за 16-летним подростком, когда он шел в школу, встречали его после уроков, а дома стояли под дверьми ванной и туалета, подслушивая, не занимается ли он онанизмом. Вынужденная разлука с тем, к кому была сильная эмоциональная привязанность, особенно ярко выступила, когда отец и мать при разводе разлучили 15-летних однояйцевых близнецов, разъехались в разные города и запретили им даже переписываться друг с другом.

Глава 3. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И ПСИХОПАТИИ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЧЕСКОГО ПРЕМОРБИДА

В эпоху подростковой эпидемии наркоманий и токсикоманий утратила актуальность крылатая фраза П. Б. Ганнушкина (1933) о том, что «алкоголиками делаются, а морфинистами рождаются». Противопоставление алкоголизма как «ситуационного развития» наркоманиям как примеру «конституционального развития», очевидно, не оправдывает себя. В современный период широкого распространения наркоманий отмечена значительно менее тесная связь их с конституциональной психопатией. Утверждалось даже, что диагноз психопатии не подходит ни к одному случаю подростковой наркомании [Robbins E. et al., 1970; Boyd Ph., Layland W., Crickmay J., 1971].

Однако среди госпитализированных по поводу наркоманий подростков в нашей стране в 70-х годах в $^2/_3$ случаев была диагностирована психопатия, и лишь остальная $^1/_3$ оценена как акцентуации характера, т. е. варианты нормы [Личко А. Е., 1977]. Позднее И. Г. Ураковым и соавт. (1981) были найдены противоположные соотношения (около $^1/_3$ — психопатии и $^2/_3$ — акцентуации характера). Все же в итоге многих наблюдений можно считать, что у подростков с психопатиями высок риск развития наркоманий и токсикоманий.

Однако, несомненно, большее значение имеет не степень аномалии характера (психопатия или акцентуация), а ее тип [Личко А. Е., 1977]. У взрослых П. Б. Ганнушкин (1933) отметил особую предрасположенность к наркоманиям эпилептоидов, неустойчивых и циклотимиков.

В отношении подростков, прежде всего, подтвердилось неблагоприятное значение неустойчивого типа [Личко А. Е., 1977].

НЕУСТОЙЧИВЫЙ ТИП АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И ПСИХОПАТИИ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА

Неустойчивый тип акцентуации характера и психопатии оказался наиболее предрасполагающим к аддиктивному поведению [Личко А. Е., 1977; Попов Ю. В., 1988]. Еще E. Kraepelin (1915) назвал представителей этого типа «безвольными» из-за неспособности к систематическому труду, к достижениям, требующим настойчивости и упорства. Неустойчивые подростки бегут от

учебы и труда как от непосильных для них психологических нагрузок. Только в безделье они чувствуют относительный комфорт. Но, не будучи в силах сами чем-нибудь занять себя, они постоянно нуждаются в определенной стимуляции со стороны, в частности в притоке развлекающей информации. Однако поступающая информация должна быть простой и легкой, не требовать интеллектуального напряжения для восприятия.

Жажда легких развлечений и наслаждения — гедонистическая установка — становится неотъемлемой чертой их характера. Социально приемлемые способы развлечений, которым они поначалу могут отдаваться без удержу, скоро приедаются, наскучивают. Возникает тяготение к новым, необычным, более острым переживаниям. Подходящую «духовную пищу» лучше всего поставляет уличная компания сверстников («территориальные группы»). В ней же происходит знакомство с алкоголем и другими дурманящими средствами.

Отмечаемые разными авторами отдельные черты личности подростков, по их мнению, предрасполагающие к аддиктивному поведению, по сути дела отражают отдельные характеристики неустойчивого типа [Личко А. Е., 1983, 1985]. Среди них упоминаются «слабое Эго» [Donovan J., 1986], «низкий интерес к социальной жизни» [Cekiera C., 1985], «стремление избегать трудности» [Okumenski D., 1985], «отсутствие установки на труд и учебу, отсутствие самоконтроля», «подверженность сторонним влиянием» [Буторина Н. Е. и др., 1985].

Вслед за неустойчивым типом психопатии и акцентуации характера в отношении риска аддиктивного поведения следуют эпилептоидный, гипертимный и истероидный типы [Битенский В. С. и др., 1989]. Но этот риск особенно возрастает, когда все эти типы оказываются смешанными, в частности «амальгамными» [Личко А. Е., 1979, 1983], т. е. когда на соответствующее конституциональное ядро наслаиваются черты неустойчивого типа.

Независимо от типа акцентуации характера или психопатии со склонностью к аддиктивному поведению коррелирует ряд признаков, определяемых с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков [Иванов Н. Я., 1985]. В числе этих признаков — высокие показатели психологической склонности к делинквентности, реакции эмансипации, а также эпилептоидности, истероидности, эмоциональной лабильности [Лавкай И. Ю. и др., 1987].

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И ПСИХОПАТИЙ

Каждому типу акцентуаций характера и психопатий в подростковом возрасте оказались присущи определенные отличия аддиктивного поведения [Личко А. Е., 1977; 1985; Битенский В. С. и др., 1989].

Гипертимные подростки отличаются слабой устойчивостью к влиянию компаний в отношении соблазна злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими дурманящими веществами. Алкоголь вызывает у них выраженную эйфорию. Гашиш бывает привлекателен как средство, способствующее групповой коммуникации, сплочению группы, совместному переживанию необычных ощущений («сигарета по кругу»). Этот же мотив может сделать заманчивым в младшем подростковом возрасте злоупотребление ингалянтами, особенно содержащими эфир и ацетон (пятновыводители, некоторые сорта клея).

К внутривенным вливаниям опиатов гипертимы менее расположены. Опийный «кайф» в бездеятельном одиночестве представляется для них не столь уж соблазнительным. Зато стимуляторы, приводящие к гипоманиакальному состоянию, побуждающие к неустанной и безудержной активности, могут оказаться весьма созвучными гипертимной натуре.

Транквилизаторы мало привлекают гипертимов. Расслабленность и сонливость им ни к чему, релаксации они обычно вовсе не ищут.

Главной отличительной чертой подростков гипертимного типа является возможность длительного злоупотребления без развития зависимости [Личко А. Е., 1977; Битенский В. С. и др., 1989]. Это относится как к алкоголю, так и другим дурманящим веществам. Возможно, что присущие гипертимам высокий биологический тонус, постоянное стремление к деятельности, живой интерес ко всему, что происходит вокруг, наличие заманчивых планов на будущее препятствуют быстрому развитию индивидуальной психической зависимости (групповая зависимость может возникнуть довольно легко). Зато у представителей гипертимного типа нередко бывает отчетливо выражен «первичный поисковый полинаркотизм» — желание перепробовать на себе действие самых разных веществ.

Циклоидные подростки в гипертимной фазе ведут себя соответственно в отношении и алкогольной, и других интоксикаций. Но когда кончается подобная фаза, то обычно прекращается и злоупотребление.

В субдепрессивной фазе может появиться желание поднять настроение. Но попытки сделать это с помощью алкоголя или стимуляторов чаще всего не дают ожидаемого эффекта. Алко-

гольное опьянение может даже усугублять депрессию. Стимуляторы способны вызвать внутреннее беспокойство и тревогу. Зато транквилизаторы несколько улучшают настроение, вселяют в душу успокоение, позволяют отключиться от случившихся неурядиц, «не переживать». Во время субдепрессивной фазы к какому-либо транквилизатору циклоиды могут даже пристраститься, но когда минует эта фаза, легко прекращают их принимать, особенно если вслед за субдепрессивным состоянием развивается гипертимная фаза.

Лабильный тип акцентуации характера и аффективно-лабильная психопатия сами по себе мало благоприятствуют аддиктивному поведению. Вовлечение в алкоголизацию или одурманивание другими средствами, вероятно, более всего связано с влиянием той компании сверстников, в которой такой подросток ищет эмоциональную поддержку. По нашим данным, чаще всего средством злоупотребления оказываются ингалянты в младшем и среднем подростковом возрасте. Эйфоризирующее действие этих веществ и их способность содействовать фантазированию могут послужить дополнительными факторами, усиливающими привлекательность ингалянтов для эмоционально-лабильных подростков.

Астеноневротический тип акцентуации характера у подростков в обычных условиях не предрасполагает к аддиктивному поведению. Однако в некоторых условиях, например на Крайнем Севере, когда полярная зима с круглосуточной ночью и неизбежным световым голодом сменяется солнечной весной, может обнаруживаться тяготение именно к злоупотреблению транквилизаторами [Резник В. А., 1989].

Сенситивный и психастенический типы акцентуации характера и психопатии отличаются даже повышенной устойчивостью в отношении соблазна алкоголизации, наркотизации и употребления иных токсических средств. Аддиктивное поведение, как и делинквентность, в подростковом возрасте им не присущи.

Сенситивные подростки характеризуются робостью и стеснительностью, что затрудняет контакты со сверстниками, особенно с компаниями. Им присуща также большая впечатлительность. Для них тягостны сильные раздражители, «бьющие по нервам». К тому же они обычно постоянно озабочены тем, как бы не предстать в глазах окружающих в неприглядном виде. Они страшатся вызвать насмешки. В этом отношении они чувствительны к мнению не только сверстников, но и старших. Видимо, эти особенности удерживают их и от алкоголизации, и от злоупотребления другими дурманящими веществами.

Присущий сенситивным подросткам комплекс собственной неполноценности, заниженная самооценка и основывающаяся на них обычно выраженная реакция гиперкомпенсации (жела-

ние преуспеть именно в той области, где чувствуют себя не на высоте, а не искать компенсации в какой-либо другой сфере деятельности) не влекут за собой аддиктивного поведения. Это поведение не способно сыграть роль гиперкомпенсирующего фактора в отношении застенчивости, робости, трудности контактов у сенситивных подростков. Попытки «побороть себя» с помощью алкоголя обычно не приводят к желаемому результату, и эти попытки быстро оставляют.

Психастенический тип со свойственной ему тревожной мнительностью в отношении будущего («как бы чего не случилось») может способствовать употреблению транквилизаторов при надвигающихся стрессовых ситуациях, особенно тех, которые становятся психологической нагрузкой на чувство ответственности (например, экзамены, контрольные во время учебы, разного рода конкурсы и соревнования). Может даже возникнуть своеобразная ситуационная зависимость — потребность в транквилизаторе именно в предвкушении подобных ситуаций. Но этим употребление и ограничивается. Настоящей психической зависимости обычно не развивается.

Шизоидная акцентуация характера и психопатия являются фактором риска в отношении некоторых форм аддиктивного поведения. Шизоиды могут обнаружить склонность к препаратам опия и гашишу. Опийный «кайф» с его ленивым покоем, уединением, грезоподобными мечтами, видимо, может оказаться особенно созвучным шизоидному характеру. Если шизоиды начинают злоупотреблять опием, то легко соглашаются на внутривенные вливания, и у них сравнительно быстро может формироваться психическая, а затем и физическая зависимость.

В младшем подростковом возрасте для стимуляции фантазий, которым шизоиды любят предаваться, могут использоваться ингалянты, но именно те, которые способствуют визуализации представлений и онейроидным переживаниям, т. е. содержащие эфир или ацетон пятновыводители и некоторые сорта клея. В старшем подростковом возрасте подростки шизоидного типа нередко тяготеют к группам хиппи, к кружкам и компаниям, увлеченным восточной философией, оккультизмом, парапсихологией и т. п. В этих группировках среди старших по возрасту они могут приобщаться к курению гашиша, а затем продолжать его в одиночку. Во время гашишного опьянения они нередко рисуют, пишут стихи, сочиняют трактаты и т. п. Гашиш на них часто производит впечатление средства, стимулирующего творческие способности. Курение в одиночку обычно приводит к индивидуальной психической зависимости — начинают курить по нескольку раз в день.

Алкоголь для шизоидных подростков может играть роль коммуникативного допинга [Личко А. Е., 1983]. Небольшое ко-

личество, чаще крепких, напитков употребляют перед ситуацией, когда возникает необходимость активного общения со сверстниками — перед тем, как пойти в компанию, перед выступлениями и т. п. Может даже возникнуть ситуационная психическая зависимость, близкая по механизмам к обсессиям. Без подобного предварительного допинга общение представляется совершенно невозможным.

Эпилептоидная акцентуация характера и психопатия того же типа несколько отличаются друг от друга по аддиктивному поведению. При акцентуациях может встречаться гиперсоциальность. В таких случаях ко всем дурманящим средствам может быть подчеркнуто-негативное отношение, достигающее даже воинствующей борьбы со злоупотреблениями. Но оно часто не распространяется на алкоголь, если только подросток не воспитывался в окружении фанатичных трезвенников. К наркотикам относятся же крайне неприязненно, больше всего из опасения повредить здоровью. Однако к дурманящим средствам, о которых в подростковой среде бытует представление, что «от этого наркоманом не станешь», подобной устойчивости может не быть. Поэтому в младшем подростковом возрасте эпилептоидные подростки проявляют интерес к ингалянтам, особенно к бензину.

Эпилептоиды вообще тянутся к тому, что «сильно бьет по мозгам». Спиртные напитки они предпочитают крепкие и в больших дозах. Любят напиваться «до отруба», т. е. до состояния, о котором потом ничего вспомнить не могут.

При эпилептоидной психопатии, а также в тех случаях эпилептоидной акцентуации, когда подросток воспитывается в асоциальных условиях и на эпилептоидное ядро нередко наслаиваются черты неустойчивости, никаких преград к аддиктивному поведению может не быть. Тогда к алкоголю, наркотикам и другим дурманящим средствам приобщаются легко. В итоге предметом злоупотребления могут стать не только алкоголь, но и опиаты, и гашиш, и транквилизаторы в больших оглушающих дозах, и галлюциногены. Но менее других привлекательными обычно оказываются стимуляторы, возможно, в связи с тем, что они способны провоцировать у эпилептоидов состояния, весьма напоминающие дисфорию и возможность «разрядиться».

Если же эпилептоидный подросток начинает чем-то злоупотреблять, то влечение к данному веществу, будь то алкоголь или наркотик, пробуждается быстро и отличается значительной силой.

Именно подобные случаи легли в основу представлений о злокачественности подросткового алкоголизма — о стремительно быстром формировании психической и физической зависимости с компульсивным влечением.

Эпилептоидному типу свойственны сильные инстинкты и влечения. Возможно именно поэтому пробудившееся влечение к какому-либо дурманящему средству быстро набирает силу и может становиться компульсивным.

К сказанному следует добавить, что эпилептоидные черты могут нередко развиваться как следствие злоупотребления некоторыми дурманящими веществами, например ингалянтами [Волкова Т. З., Лиленко М. Г., 1987] и даже гашишем [Абшаихова У. А., 1989]. Речь здесь идет не об изначальной, конституциональной эпилептоидности, а об экзогенной психопатизации по эпилептоидному типу.

Истероидные подростки обнаруживают особую склонность к стимуляторам. Вероятно, эти средства помогают им «казаться больше, чем они есть на самом деле» [Jaspers K., 1913]. Стимуляторы не просто повышают у них активность, но, видимо, дают те ощущения, которых истероиду подсознательно не хватает — вселяют уверенность в себе, в своих силах и способностях, облегчают вожделенное лидерство среди сверстников, пробуждают самоуверенность и бесстрашие.

Достаточно привлекательными для истероидов могут оказаться и алкоголь, и опиаты, и транквилизаторы, и гашиш. Меньшая склонность обнаруживается к галлюциногенам и еще меньшая — к ингалянтам. Причины такого предпочтения не вполне ясны. Возможно, что галлюциногены и ингалянты не открывают больших возможностей покрасоваться среди значимого окружения, пробудить к себе особый интерес.

Отличительными чертами истероидов являются, как известно, претенциозность и желание постоянно быть центром внимания окружения. В алкоголизирующейся компании истероидный подросток стремится показать свою выносливость к алкоголю, жаждет «всех перепить». В рассказах об употреблении наркотиков они бывают склонны преувеличивать дозы, расписывать свою «наркотическую карьеру», говорят о пробах веществ, о которых только слышали или читали, но явно не могли заполучить (например, LSD). Детальный расспрос обычно выявляет поверхностность знаний и отсутствие собственного опыта.

Неустойчивый тип акцентуации характера и психопатия, как указывалось, отличаются самым высоким риском аддиктивного поведения. Уличные компании (территориальные группы) с детства для них становятся излюбленным местом времяпрепровождения. Еще в младшем подростковом возрасте в этих компаниях они приобщаются к алкоголю и нередко к другим дурманящим средствам, не обнаруживая какой-либо особой предпочтительности. Чаще употребляется просто то, что легче всего раздобыть в данном регионе. Избегают обычно только стимуляторов — высокая активность, возросшая стеничность им не по нутру.

Высокий риск начала злоупотребления вовсе не сочетается у неустойчивых подростков с быстрым формированием зависимости. Ее становление при алкоголизации, например, происходит очень постепенно. Отчетливо прослеживается продолжительный период групповой психической зависимости, прежде чем выявляется индивидуальная. Физическую зависимость удается видеть лишь после нескольких лет регулярных пьянок. Зато социальная дезадаптация обычно начинается с самого начала аддиктивного поведения, а нередко ему предшествует.

ТАБЛИЦА 1

Значение типов акцентуаций характера и психопатий у подростков мужского пола для злоупотребления различными дурманящими средствами

Тип акцентуации характера и психопатии	Частота в популяции (%) по данным		Частота среди злоупотребляющих (%)					
	Н. Я. Иванова (1985)	А. Е. Личко и И. Ю. Лавкая (1984)	препаратами опия	гашишем	ингалянтами	галлюциногенами	транквилизаторами	стимуляторами
Гипертивный	5—12	10	8	14	18*	23*	14	8
Эмоционально-лабильный	2—6	8	3	3	14*	10	2	0
Шизоидный	8	7	13*	12*	9	3	7	8
Эпилептоидный	5—9	15	29*	25*	41***	28*	26*	17
Истероидный	2	5	30**	29*	5	12	32*	67***
Неустойчивый	7	6	18*	17*	13*	18*	19*	0

Достоверность различий в сравнении с популяцией:
* $p < 0{,}05$.
** $p < 0{,}005$.
*** $p < 0{,}001$.

В табл. 1 представлены сведения о связи типов акцентуаций характера и психопатией со злоупотреблением различными дурманящими веществами.

Органические психопатии, т. е. патологические изменения характера, обусловленные пренатальными, натальными и ранними постнатальными (до 2 лет жизни) черепно-мозговыми травмами, мозговыми инфекциями и нейроинтоксикациями, создают повышенный риск как начала злоупотребления, так и особенно формирования зависимости. Обычно при органических психопатиях преобладают неустойчивые, эпилептоидные и истероидные черты характера [Личко А. Е., 1983]. Среди них черты неустойчивости наиболее благоприятствуют началу аддиктивного поведения — знакомству с дурманящими средствами. Эпилептоидные черты способствуют развитию сильного

и стойкого влечения к ним и, следовательно, становлению зависимости.

Резидуально-органическое поражение головного мозга, возникшее как следствие тех же патогенных факторов, что и органические психопатии, но оказавших свое вредоносное действие уже в возрасте после 2 лет, также нередко сопровождается психопатоподобными нарушениями, называемыми посттравматической, постинфекционной и т. п. энцефалопатией. В этих случаях наиболее ярко выступает роль данного поражения мозга как фактора преципитирующего, ускоряющего развитие зависимости при возникновении аддиктивного поведения.

Глава 4. ПСИХОЗЫ В ПРАКТИКЕ ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ

При аддиктивном поведении в подростковом возрасте, а также при сформировавшихся алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях могут встречаться различные формы психозов.

ОСТРЫЕ ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Возникают на высоте опьянения токсическими веществами, способными вызывать преходящее психотическое состояние, а также при передозировке некоторых других дурманящих средств. К данной группе прежде всего относятся психозы, которые являются типичным проявлением действия галлюциногенов (в нашей стране у подростков в настоящее время это чаще всего — циклодол). Острые психозы могут развиваться также вследствие отравления большими дозами тетрагидроканнабиола (гашиш), при бензиновом опьянении, а также при действии некоторых стимуляторов. Психозы могут быть также проявлением особой атипичной реакции на токсический агент. Примером могут послужить патологические психотические алкогольные опьянения.

Длительность острых интоксикационных психозов — около суток, редко — дольше. Транзиторные психозы продолжаются часы и даже иногда минуты.

Клиническая картина чаще всего представляет делирий, иногда онейроид или галлюциноз без помрачения сознания, реже возникают состояния спутанности, сумеречные состояния или острые параноиды.

При *делирии* содержание галлюцинаций, обычно только зрительных, как правило, отражает затаенные страхи и опасения. Видятся вражеские банды, грозящие расправиться, бандиты, террористы, рекетиры, группы подростков, с которыми враждуют, или иные устрашающие сцены. Слуховые галлюци-

нации могут сопровождать зрительные, но они бывают тематически связаны с ними. Слышатся угрозы, «сговоры расправиться», крики и т. п.

Другая тематика делирия — всюду ползающие и снующие мелкие животные (крысы, мыши, змеи) или насекомые, то быстро бегающие, то наползающие целыми полчищами.

При делирии все галлюцинации воспринимаются как реальность. Поэтому больные бывают опасны и для себя, и для окружающих. Могут наброситься и нанести тяжкие повреждения случайно попавшимся людям, принимая их за опасных врагов для себя. Спасаясь от мнимых преследователей могут выскочить из окна, попасть под транспорт. При этом как агрессия, так и опасные для собственной жизни действия способны проявляться совершенно внезапно для окружающих.

Онейроид обычно представляет собой цепь ярких зрительных картин, иногда визуалированных собственных фантазий, которые смотрятся как кинофильм. Сами больные активно не участвуют, а лишь переживают происходящее в видениях. Тематика онейроидных переживаний питается фантазиями, свойственными подросткам современной эпохи. Представляются космические путешествия, встречи с инопланетянами, школы, где готовят разведчиков и диверсантов, увлекательные приключения — все то, чем обычно потчуют подростков фантастическая и приключенческая литература и средства массовой информации, особенно телевидение и кино.

Острый галлюциноз без выраженного помрачнения сознания характерен для действия умеренных доз некоторых галлюциногенов, таких как мескалин, псилоцибин, LSD, которые в практике подросткового нарколога в нашей стране пока не встречаются.

Подобная же картина может встречаться при интоксикации циклодолом в относительно небольших дозах. Чаще же при циклодоловом делирии моменты, когда осознается галлюцинаторная сущность переживаемого, чередуются с периодами истинного делирия, когда утрачивается понимание галлюцинаторного происхождения виденного.

Состояние спутанности бывает редко. Оно отличается растерянным видом, иногда недоуменной мимикой и полным непониманием происходящего вокруг, дезориентировкой во времени и месте. Неузнавание хорошо известных лиц сочетается с ложным признанием впервые увиденных людей за прежних знакомых.

Спутанность бывает вследствие действия больших доз стимуляторов или при повышенной чувствительности к ним.

Сумеречные состояния развиваются обычно, когда интоксикация падает на измененную почву в виде резидуального органического поражения головного мозга, скрытой эпилепсии

или эпилептоидной психопатии. Возникают эти состояния редко. Наиболее типичным примером сумеречного состояния служит патологическое алкогольное опьянение.

Острые транзиторные параноиды во время интоксикации такими токсическими веществами, как алкоголь или ингалянты, встречаются очень редко, но при других (амфетамин, производные эфедрина и первитина) — гораздо чаще. Видимо, к развитию этих интоксикационных психозов существует какое-то эндогенное предрасположение.

ОСТРЫЕ АБСТИНЕНТНЫЕ ПСИХОЗЫ

Во время абстиненции психозы наиболее характерны для наркоманий, обусловленных стимуляторами, но возможны во время абстиненции при транквилизаторной токсикомании.

Классическим примером абстинентного психоза служит алкогольный делирий. Давно было известно, что одним из эффективных средств его купирования была небольшая доза алкоголя. В современной американской психиатрии (DSM-III-R, 1987) его принято обозначать как «делирий воздержания» (withdrawal delirium).

Абстиненция при наркоманиях, вызванных производными эфедрина и первитина, может сопровождаться острыми параноидами. Их клиническая картина не отличается от острых интоксикационных параноидов, но развиваются они не на высоте интоксикации, а в постинтоксикационном состоянии, когда наркоманы запаздывают с очередной инъекцией. Последняя может быстро купировать уже начавшийся психоз, чего никогда не бывает при психозе интоксикационном.

Длительность абстинентных психозов — от нескольких часов до 2—3 сут.

ОСТРЫЕ ПРОВОЦИРОВАННЫЕ ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Провокаторами служат интоксикации, реже — абстиненция или длительное злоупотребление. Чаще всего речь идет о спровоцированном приступе шизофрении (шубе). Длительность подобных психотических приступов различна — от нескольких часов до многих месяцев.

Наиболее активным провоцирующим действием обладают стимуляторы, в особенности фенамин, а также тетрагидроканнабиол.

Клиническая картина провоцированных приступов шизофрении представляет обычно параноидный или галлюцинаторно-параноидный синдром, нередко с включениями синдрома Кандинского — Клерамбо или явлений деперсонализации.

Провоцированные гипоманиакальные состояния встречаются реже. Как правило, у подростков они оказываются фазой шизоаффективного психоза.

Дезинтоксикационная терапия при провоцированных эндогенных психозах, в отличие от острых интоксикационных, существенного эффекта не дает.

В случаях, когда провоцированные психозы затягиваются на недели и месяцы, когда ни от интоксикации, ни от абстиненции уже не остается следа, диагностических сомнений в их шизофренической природе уже не возникает. Труднее для диагностической оценки психозы, которые длятся всего несколько часов (атипичные психотические опьянения, транзиторные психотические расстройства), а клиническая картина включает симптомы, характерные для шизофрении и не присущие острым интоксикационным психозам. Среди подобных атипичных симптомов наблюдаются бред физикального воздействия, симптомы психического автоматизма, вербальный галлюциноз, тематически не связанный со зрительными галлюцинациями, а проявляющийся окликами по имени, императивными или комментирующими мысли больного слуховыми галлюцинациями и др.

С нашей точки зрения, неправомерны оба крайних взгляда — считать подростка больным шизофренией и ставить соответствующий диагноз со всеми вытекающими последствиями или, пренебрегая атипичностью клинической картины, рассматривать заболевание как обычный острый интоксикационный психоз.

Подобные транзиторные психозы целесообразнее расценивать как провоцированные предвестники («зарницы») шизофрении [Личко А. Е., 1985, 1989; Зефиров С. Ю., 1988].

Подобное суждение исходит из учения о латентной шизофрении[1]. В качестве теоретической основы для него может быть привлечена концепция А. В. Снежневского (1972) о «патосе» и «нозосе» шизофрении. В отличие от «нозоса», т. е. болезни, развивающегося патологического процесса, шизофренический «патос» представляет собой предрасположенность к шизофрении, в основном генетически заложенную. Эта предрасположенность может никогда на протяжении всей жизни так и не стать болезнью, хотя и передаться потомкам. Но в какой-то момент жизни эта предрасположенность (патос) способна внезапно или постепенно проявиться как болезнь (нозос) одной из форм шизофрении. Это может произойти без видимых причин или нередким провокатором бывают нейро-

---

[1] В некоторых современных классификациях латентная шизофрения включается в число форм этой болезни (МКБ, 9-й пересмотр, шифр 295.54) или отождествляется с психопатоподобной вялотекущей шизофренией [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983], что представляется неоправданным, так как латентность подразумевает не болезнь, а предрасположенность к ней.

эндокринные сдвиги пубертатного периода, некоторые острые инфекции, психические травмы и др.

При провоцированных алкогольным, наркотическим или вызванным другими токсическими средствами опьянения транзиторных психозах шизофренический патос проявляет себя короткими абортивными приступами («зарницами»), длящимися лишь часы и даже минуты, но здоровые силы организма берут вверх и патос шизофрении возвращается в исходное состояние.

Диагноз шизофрении как болезни в этих случаях не оправдан, является преждевременным [Личко А. Е., 1985] — подобные случаи составляют лишь контингент высокого риска шизофрении в будущем.

ОСТРЫЕ ПРОВОЦИРОВАННЫЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

Данные психозы возникают на фоне некоторых резидуальных органических поражений головного мозга, но не при всех. Возможно, наиболее способствует их развитию локализация поражения в височных долях мозга.

В клинической картине преобладают элементарные галлюцинации: зрительные (фотопсии — яркие цветные полосы, круги, сетка перед глазами и т. п.) и слуховые (акоазмы — звон, гудение, жужжание, неясный шум, неразборчивая речь). Характерны также галлюцинации, связанные с нарушением чувства равновесия (кажется, что стены и потолок качаются, грозят обрушиться, появляется ощущение падения в пропасть и т. п.) или нарушением схемы тела (например, ощущение, что конечности отделяются от туловища, кости черепа смещаются и т. п.).

Данные психозы нередко сопровождаются бурными вегетативными кризами (чувством дурноты, обмороками, внезапной рвотой, колебаниями артериального давления), которые нехарактерны для провоцированных эндогенных транзиторных психозов.

Длительность — от нескольких часов до суток.

Чаще всего эти психозы провоцируются ингалянтами, некоторыми стимуляторами, гашишем, а иногда и алкоголем.

ХРОНИЧЕСКИЕ ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Для подростков подобные психозы не характерны, так как они обычно развиваются на III стадии алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. Для развития III стадии требуется многолетняя интоксикация, и подростковый возраст успевает миновать.

Исключение составляет длительное, начавшееся еще в младшем подростковом возрасте, курение гашиша.

Хронические гашишные психозы в клинической картине имеют много сходного с параноидной шизофренией. Бред и галлюцинации сочетаются с постепенно нарастающей апатией, бездеятельностью и эмоциональным оскудением. В конце концов, сигареты с гашишем остаются единственным в жизни, что способно пробудить интерес и какую-то эмоциональную реакцию.

Препараты опия отличаются тем, что ни при интоксикации, даже тяжелой, ни во время абстиненции, ни при хронической интоксикации вследствие сформировавшейся наркомании психозов не развивается. Казуистической редкостью, видимо, является провокация этими препаратами дебюта шизофрении (см. стр. 251).

Глава 5. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ, НАРКОТИКАМИ И ДРУГИМИ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

ОСОБЕННОСТИ ОПРОСА ПОДРОСТКОВ

Анамнез жизни удобно собирать по схеме, предложенной для обследования пациентов подростковыми психиатрами [Личко А. Е., 1985]:

1. Учеба — причины неуспеха, отношения с учителями и соучениками, участие в поощряемой старшими общественной работе, интерес к неформальной социальной активности, имевшиеся нарушения дисциплины и чем они были вызваны.

Наиболее угрожаемый в отношении аддиктивного поведения неустойчивый тип акцентуации проявляется полным отсутствием интереса к учебе. Любимым предметом иногда называется физкультура, если только она состояла из спортивных игр. Нет любимого учителя, от общественной работы уклоняются. Прогулы и нарушения обычны с младших классов.

2. Планы на будущее в отношении приобретения профессии, способность сопоставлять возможные трудности и собственные способности, соотносить желаемое и возможное.

Неустойчивые подростки живут сегодняшним днем и планов на будущее не строят. При настойчивых расспросах выдают за собственные планы то, что слышали в своей уличной компании, или хотят работать все равно где, но недалеко от дома. Нередко на этой теме раскрываются подростки с истероид-

ным типом акцентуции, обнаруживая высокий уровень притязаний, явно превышающий их реальные возможности.

3. Отношения со сверстниками — наличие одного близкого друга или только компании приятелей, положение среди товарищей (лидер, преследуемый изгой, независимая одиночка и т. п.), причина выбора приятеля — по общности увлечений, для компании в увеселениях и т. п.

Эта тема нелегка для подростков. Только шизоиды откровенно признают свое одиночество или особое положение, дистанцию от сверстников. Гипертимы и эпилептоиды, нередко реальные лидеры в компаниях сверстников — одни вожаки, другие властелины — обычно вовсе не склонны открыто объявлять о своем лидерстве, даже если их компании не подозреваются в делинквентности или аддиктивном поведении. Гипертимы скорее склонны подчеркнуть, что на их предложения приятели охотно откликаются, а эпилептоиды, что их уважают. При истероидных акцентуациях нередко готовы изобразить себя лидером, хотя это более соответствует желаемому, чем действительному. Неустойчивые подростки к своим компаниям не обнаруживают никакой привязанности и легко способны сменить ее на другую, аналогичную.

4. Увлечения в настоящем и прошлом — под чьим влиянием был сделан выбор, каковы были достигнуты результаты, почему заброшены.

Неустойчивых интересуют только азартные игры и поверхностное общение со сверстниками («информационно-коммуникативное хобби» — Личко А. Е., 1973). К спорту, даже к современной музыке они равнодушны. Поэтому увлечения как барьер для аддиктивного поведения [Попов Ю. В., 1987] на неустойчивых мало распространяются.

Для других выбор подходящего увлечения может оказаться важным фактором, отвлекающим от аддиктивного поведения. Гипертимы склонны менять увлечения, но более привлекательны для них те, которые требуют разносторонней живой активности (в спорте обычно предпочитаются игры) и широкого общения, смены обстановки (туризм). Эпилептоидам более по душе силовые виды спорта и занятия, требующие кропотливой аккуратности, но сулящие ощутимое вознаграждение. Истероидов больше всего в настоящее время привлекают модные эстрадные ансамбли и возможность в них проявить себя. Хобби для шизоида могут быть центральным смыслом жизни. Они разнообразны, но, как правило, требуют занятий в одиночестве, хотя контакты с «понимающими» людьми для них приятны.

5. Отношения с родителями и внутрисемейные отношения — состав семьи, кто из ее членов преимущественно занимался воспитанием и с кем в семье подросток наиболее близок; на-

личие у подростка конфликтных отношений с отдельными членами семьи и причина этих конфликтов; другие конфликты внутри семьи и отношение подростка к ним.

В случае распавшейся семьи необходимо выяснить, в каком возрасте подростка это случилось, его отношение к разводу родителей, в чем он сам видит его причину, поддерживает ли контакт с родителем, ушедшим из семьи.

Суждения подростка об основных чертах характера его родителей нередко бывают весьма точными. Когда называется какая-либо черта отца или матери (злой, добрая и т. п.), желательно, чтобы она была пояснена примерами из жизни, которые, по мнению подростка, эту черту лучше всего иллюстрируют.

Подростки, воспитывающиеся в интернате при живых родителях, могут по-разному относиться к этому — упрекать родителей, оправдывать их и т. п.

6. Нарушения поведения в прошлом — прогулы, мелкое хулиганство, курение, выпивки, побеги из дома, задержание милицией (за что и когда), состоял ли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних и почему.

Сперва лучше подростку самому предоставить возможность ответить на эти вопросы, чтобы выяснить, в чем он готов признаться. Если же имеется бóльшая, чем им рассказано, информация со стороны, после этого ее следует предъявить подростку и предложить объяснить, опровергнуть, прокомментировать, дополнить. Важно заметить, готов ли подросток раскрыть больше, чем о нем известно.

7. Наиболее тяжелые события в прошлой жизни и реакция подростка на них. Наличие в прошлом суицидных мыслей и обстоятельства, при которых они возникали, совершались ли суицидные попытки, когда, каким способом, почему этот способ был выбран, где они осуществлялись (если это была демонстрация, то становится очевидным, кому она была адресована).

Иногда подростки затрудняются ответить на вопрос о наиболее тяжких событиях в жизни, тогда можно попытаться прибегнуть к наводящим вопросам: с кем пришлось расстаться, о ком потом скучал (актуально для эмоционально-лабильных подростков, тяжело переносящих разлуку с тем, к кому привязывались), когда и кто несправедливо наказал (злопамятны эпилептоиды!), где, в каком обществе, при контактах с кем почувствовал себя невыносимо тяжело (шизоид), в чем или в ком «разочаровался» (истероид).

8. Перенесенные соматические заболевания — помимо обычного врачебного расспроса, полезно выяснить, как они сказались на учебе и на положении среди сверстников. Наличие в настоящем и прошлом нарушений сна, аппетита, самочувствия, настроения.

Важно узнать о возможных черепно-мозговых травмах, особенно легких, которые могли остаться неизвестными родителям (драки, занятия спортом и т. п.). Терял ли сознание при них и как надолго, были ли впоследствии тошнота, головные боли, головокружения, не стал ли плохо переносить жару и духоту, не начало ли укачивать на транспорте. Полезно также выяснить, не бредил ли при лихорадочных состояниях с высокой температурой тела.

9. Сексуальные проблемы. Прежде, чем затронуть эту тему, необходимо пояснить, что врача все это интересует потому, что злоупотребление токсическими веществами могло нанести ущерб в сексуальной сфере. Необходимо предупредить также, что все сообщаемые подросткам сведения не будут переданы ни родителям, ни другим лицам без согласия самого подростка, и это должно действительно строго соблюдаться. Опрос здесь касается первых влюбленностей и связанных с ними психических травм (подростки неустойчивого типа обычно вообще не влюбляются), самооценки своей привлекательности и скрытых переживаний по поводу своей сексуальной неполноценности (чаще встречается у шизоидов), начала сексуальной жизни, имевшихся девиаций и отношения к ним.

Раскрытие сексуальных переживаний и подтверждение суицидных мыслей в прошлом являются свидетельством достаточной откровенности, если только подросток не ставит себе целью показать наличие у себя психических нарушений, которые препятствовали бы его направлению в воспитательное учреждение. С этой целью могут использоваться как суицидальные угрозы, так и ложные обвинения себя в гомосексуальных склонностях, которые якобы не могут побороть.

Опрос подростка лучше проводить в виде свободной непринужденной беседы и в его присутствии не делать никаких записей, а тем более не заполнять историю болезни — это крайне настораживает большинство подростков, вызывает у них недоверие, затрудняет контакт.

Анамнез злоупотребления может представить значительные трудности из-за тенденции к диссимуляции или, наоборот, аггравации со стороны опрашиваемого подростка.

Диссимуляция бывает обусловлена как сознательным, так иногда и неосознанным желанием скрыть или значительно преуменьшить злоупотребления. Если же врач будет выяснять источник снабжения алкоголем или другими дурманящими средствами, или расспрашивать о других членах группы, чего делать не следует, то скрытность и лживость могут возрасти еще более.

Чаще всего подросток оказывается у нарколога по воле родителей или милиции. На откровенность в этих случаях рассчитывать трудно. Врачу остается самому рассказать подростку

о том, что ему известно о его злоупотреблении, и предложить подтвердить или опровергнуть — в последнем случае дать свое объяснение фактам. Стоит перед этим напомнить, что чем менее критично к своему злоупотреблению относится подросток, тем оно расценивается как более тяжелое.

Аггравация злоупотребления встречается реже. Если подросток является к наркологу с просьбой лечить его от алкоголизма или наркомании, а внешние признаки абстиненции отсутствуют, то причиной добровольного обращения чаще всего служит заведенное на него уголовное дело. Опасение, что суд назначит принудительное лечение от наркомании или алкоголизма, толкает подростка на подобный поступок, после чего можно надеяться на более мягкий приговор суда. К тому же пребывание в больнице способно затянуть дело. Иногда аггравация была обусловлена надеждой на освобождение от призыва в армию. Наконец, реже можно столкнуться с желанием наркомана «омолодиться», т. е. перенести абстиненцию в больничных условиях, чтобы снизить толерантность к наркотику и после выписки, опять вернувшись к наркотизации, вновь испытать первоначальную или близкую к ней особенно приятную картину наркотического опьянения.

Подростку следует задать вопросы о том, какие вещества он употреблял, в каком количестве и как часто, на протяжении какого времени, какое состояние развивалось после употребления различных веществ, попросить возможно более подробно описать переживания и ощущения и собственное поведение во время опьянения. Важно также выяснить, отличалось ли чем-либо опьянение у подростка от того, что он видел у сотоварищей, или от того, что слышал или где-либо узнал. Существенное значение имеет, употреблялись ли дурманящие вещества только в компании или иногда в одиночку, всякий ли раз, когда собиралась «своя» компания, тянуло к злоупотреблению, при каких обстоятельствах появлялось желание вновь испытать алкогольное или иное опьянение — вообще выявить мотивировку со слов самого подростка (истинную мотивацию оценивает врач или медицинский психолог на основании всей имеющейся информации).

В отношении средств, способных вызвать физическую зависимость, следует попытаться выяснить, были ли когда-либо явления абстиненции и если были, то предложить наиболее полно их описать. Желательно, чтобы подросток сам оценил, изменилось ли его психическое и физическое состояние с тех пор, как он начал злоупотребление, и, если изменилось, то в чем это проявляется. Не следует торопиться с наводящими вопросами, всегда лучше вначале предоставить подростку самому описывать состояние опьянения, абстиненции и т. п. и лишь затем уточнять.

Наконец, предстоит определить отношение подростка к лечению и попытаться скорригировать отрицательную установку.

В процессе выяснения всех обстоятельств злоупотребления необходимо также учитывать возможность не только сознательного искажения или желания скрыть сведения о себе, но и подсознательные механизмы психологической защиты [Битенский В. С. и др., 1989].

В силу механизма вытеснения подростки «забывают» о целом ряде субъективно неприятных для них самих обстоятельств, связанных со злоупотреблением (например, обворовывание или шантаж собственных родителей, издевательства над ними самими в их собственной компании и т. п.). Посредством защитного механизма рационализации подростки стараются оправдать свое поведение в собственных глазах (суждения вроде «от этого алкоголиком или наркоманом не станешь», «ребята уговорили попробовать», «обстоятельства довели до того, что надо было отключиться» и т. д.). Психологическая защита в виде проекции проявляется тем, что собственное злоупотребление широко распространяется на всех сверстников («все ребята пьют», «все курят план (гашиш)», «многие колются»).

В процессе беседы хорошо бывает оценить степень знакомства подростка со сленгом наркоманов. Значение наиболее распространенных слов из этого сленга дано в приложении (см. стр. 290).

Знание сленга, конечно, вовсе не является основанием для диагноза наркомании или токсикомании и даже не может рассматриваться как безусловное подтверждение эпизодического злоупотребления. Но тем не менее, чем больший лексикон известен подростку, тем скорее всего он чаще находился в компаниях злоупотребляющих и тем выше риск для него самого.

ОПРОС РОДИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Опрос родителей, касающийся анамнеза жизни подростка, можно проводить по той же схеме, что предложена для опроса самого подростка, попутно сопоставляя получаемые сведения. Беседовать с родителями лучше порознь и начинать с матери. Желательна также беседа с теми членами семьи, кто занимался воспитанием подростка.

Сведения о патологии беременности (токсикозы и другие вредности), о тяжелых родах (асфиксия, родовые травмы), о серьезных заболеваниях в первые годы жизни, особенно о мозговых инфекциях и нейроинтоксикациях, о перенесенных черепно-мозговых травмах с потерей сознания или иными последствиями настораживают в отношении возможности резидуального органического поражения головного мозга. Оно мо-

жет оказаться почвой для более злокачественного течения алкоголизма и токсикоманий, обусловить атипичные картины опьянения и алкоголем, и другими дурманящими средствами.

Невротические расстройства с детства и сходные с ними нарушения (энурез после 4—5 лет, ночные страхи, заикание, тики и др.) могут быть как проявлением того же резидуального органического поражения головного мозга, так и психогенно обусловленным детским неврозом.

Расспрос об адаптации в детских учреждениях, об успеваемости в школе и взаимоотношениях со сверстниками, о ситуации внутри семьи ставит целью выяснить, где и когда пациент оказывался в кризисных ситуациях, не мог адаптироваться и как он в этих случаях реагировал. Интересны суждения близких о том, отличался ли подросток с детства от ровесников и если отличался, то чем, были ли у него увлечения и как к ним относились родители.

Наконец, предстоит попытаться выяснить (с этого можно начинать опрос), что родителям известно о злоупотреблении подростком алкоголем, наркотиками и другими дурманящими веществами, видели ли они картины опьянений и чем они проявлялись, на основании каких косвенных признаков у них имеются подозрения. Не следует удивляться, что родители о злоупотреблениях могут узнать последними и к уже известному ничего добавить не могут. Если же у них имеются только подозрения, предстоит оценить, на чем они основываются.

В результате беседы с родителями обычно складывается впечатление о типе воспитания подростка в семье.

При безнадзорности и гипопротекции родители иногда подолгу не являются на беседу с врачом, а когда приходят, то обнаруживают малую осведомленность о жизни, интересах, увлечениях подростка, о том, как он проводит свободное время, о его приятелях.

Особенно важно бывает выявить скрытую гипопротекцию [Личко А. Е., 1985], когда контроль за поведением подростка со стороны семьи отличается крайним формализмом. Подросток чувствует, что на деле родителям не до него, что они живут своей жизнью, непрочь бы пристроить его куда-нибудь законным образом и переложить опеку над ним на других. Обычно подросток приспосабливается ловко обходить формальный контроль за своим поведением и живет своей жизнью.

Безнадзорность и гипопротекция оказываются особенно пагубными для подростков неустойчивого и гипертимного типа.

Эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери, тяжело переживается подростками. Если при этом есть брат или сестра, да еще сводные единоутробные (т. е.

от брака матери с отчимом), которых балуют и любят, то ситуация усугубляется, подросток оказывается в положении Золушки.

Скрытое эмоциональное отвержение труднее выявить. Оно может маскироваться подчеркнутой заботой, утрированным контролем за поведением. Но подросток чувствует искусственную вымученность подобной заботы и внимания и постоянно ощущает недостаток искреннего эмоционального тепла. Труднее других эмоциональное отвержение переносят подростки эмоционально-лабильного и сенситивного типа. Первые из них начинают искать эмоциональную поддержку у сверстников, в том числе в уличных компаниях, вторые же чаще замыкаются.

Жестокие отношения в семье бывают очевидны, когда они проявляются драками, нанесением друг другу побоев, суровыми расправами за мелкие поступки и, главное, тем, что члены семьи срывают друг на друге, в том числе на подростке, «зло на других». Жестокие по сути взаимоотношения могут быть менее видимыми со стороны, когда нет драк и скандалов, но в семье господствует холодное равнодушие друг к другу, забота только о себе. В такой семье каждый может рассчитывать только на самого себя, не ожидая ни помощи, ни поддержки, ни соучастия от других.

Эпилептоидные подростки особенно легко перенимают подобную модель взаимоотношений и распространяют ее на всех вокруг.

Доминирующая гиперпротекция как система воспитания подростка также может обнаруживаться в процессе беседы с родителями. Мелочная опека, жесткий чрезмерный контроль за каждым шагом и каждым словом подростка, неусыпное наблюдение за ним, достигающее подчас постыдной для него слежки, система множества мелких и порой надуманных запретов рано или поздно у большинства подростков (кроме тех, кто наделен чертами сенситивной или психастенической акцентуации характера) приводят к резкому обострению реакции эмансипации. В какой-то момент подросток напрочь рвет сразу все запреты (это чаще всего случается у гипертимов), но не приученный к самостоятельности оказывается в стрессовой ситуации («отравление свободой», по А. Е. Личко, 1989). В этот момент риск аддиктивного поведения резко возрастает.

Потворствующая гиперпротекция обычно сразу бывает видна из желаний родителей всячески обелить и оправдать подростка, освободить его от всего, что ему не по душе, перевалить всю вину на других. Иногда подобное воспитание точнее было бы назвать *потворствующей гипопротекцией* [Вдовиченко А. А., 1980], так как родители, любыми сред-

ствами выгораживая подростка, избавляя от заслуженных наказаний, в то же время в повседневной жизни предоставляют его самому себе. Вседозволенность в сочетании с твердой надеждой, что родители всегда выгородят, освободят от неприятностей, еще более, чем обычная безнадзорность и заброшенность, способствует аддиктивному поведению.

Особенно пагубны потворствующая гиперпротекция и гипопротекция для истероидных подростков.

Противоречивое воспитание становится особенно очевидным при опросе разных членов семьи. Каждый из родителей (а то и бабки и деды) придерживается различных воспитательских подходов, предъявляет подростку неодинаковые, а то и несовместимые требования, да еще по поводу этого они сами конфликтуют или скрытно соперничают друг с другом, а то и натравливают подростка один на другого. Подросток в подобной обстановке обычно обучается изворотливости, умению использовать старших и противоречия между ними в своих интересах.

СВЕДЕНИЯ О ПОДРОСТКЕ ИЗ ДРУГИХ ИСТОЧНИКОВ

Часть из этих сведений поступает одновременно с подростком, часть дополняется путем последующих запросов и бесед. Двумя основными источниками информации являются место учебы (работы) и инспекция по делам несовершеннолетних. Сведения из последней часто бывают обстоятельными, если инспектор давно знает подростка — тогда ему известно многое не только о нем, но и о компании, к которой тот принадлежит. Но в тех случаях, когда подросток оказался перед инспектором по делам несовершеннолетних впервые в связи со злоупотреблением каким-либо дурманящим веществом, сведения от него при направлении к подростковому наркологу оказываются скудными и нередко повторяют то, что известно от родителей или с места учебы (работы).

Характеристики с места учебы (работы) часто оказываются весьма формальными либо на них особенно сказывается искажающая установка, усугубляются совершенные подростком нарушения и всячески навязывается мысль о его «развращающем» влиянии на других сверстников. К сожалению, характеристики бывают богаты эпитетами и бедны фактами.

Желателен непосредственный контакт с воспитателем, наиболее хорошо знающим подростка. От такого воспитателя можно узнать об отношении подростка к учебе и работе, о нарушениях поведения, о пьянстве или признаках злоупотребления иными токсическими веществами, а также об отношении родителей к подростку.

Как при опросе подростка, так и его родителей, а также в сведениях из других источников приходится сталкиваться с двумя типами искажающей установки [Битенский В. С. и др., 1989].

Диссимуляционная установка направлена на то, чтобы скрыть или всячески приуменьшить злоупотребление, сводя его к единичным случаям или отрицая вовсе. Больше всего это касается злоупотребления наркотиками, за которое грозит строгое наказание и принудительное лечение по закону, меньше — другими токсическими веществами и менее всего — алкоголем. Подобную установку чаще всего приходится видеть у самого подростка, нередко — у родителей, особенно у матери, но иногда даже со стороны места учебы, особенно в прежние годы, из страха, что на школу или профессионально-техническое училище падет «позорное пятно».

Подростка к диссимуляционной установке толкает страх наказания или нежелание надолго «застрять» в стационаре, лишиться «свободы». В основе подобной установки родителей могут лежать разные причины. Иногда отрицание аддиктивного поведения у подростка является следствием подсознательной психологичской защиты у них — вытеснения из сознания непереносимого для них факта морального падения собственного чада. Чаще же само отрицание осознано и строится на рациональных доводах: «все равно от этого лечить не умеют», в стационаре он подпадает под влияние еще худших сверстников. Высказывают опасения, что из-за диагноза алкоголизма, наркомании или токсикомании может быть отложен призыв на военную службу, а родители лелеяли надежду, что «армия все исправит», выполнит ту воспитательную функцию, с которой не справились или которой пренебрегали они сами.

Аггравационная установка бывает присуща всем — и самому подростку, и родителям, и характеристикам с места учебы (работы), и даже инспектору по делам несовершеннолетних.

Подросток аггравирует злоупотребление чем-либо (в редких случаях даже симулирует его), когда по каким-либо мотивам хочет быть срочно госпитализирован. Это может быть заведенное на него уголовное дело или угроза этого, опасение быть привлеченным к ответственности или даже в качестве свидетеля, что может казаться подростку небезопасным, желание на время укрыться от преследования своей же асоциальной компании, когда, например, задолжал деньги или проигрался в карты, стремление избавиться от предстоящей службы в армии и т. п. Истероидные подростки могут в некоторых случаях аггравировать из хвастовства, чтобы «произвести впечатление»

на кого-то, в чьем внимании заинтересованы, или из-за оппозиционного отношения к кому-либо, например, к собственным родителям.

Отец и мать могут также по разным причинам обнаружить склонность аггравировать злоупотребление или даже заподозрить вовсе не существующее. Они подчас не в силах управиться с подростком, страдая от его делинквентности (например, от домашних краж) или от агрессивности с его стороны. Тогда родители стремятся избавиться от него хотя бы на время («отдохнуть»). Для этого в случае обнаружения злоупотребления наркотиками родители могут даже настаивать, чтобы подростка отправили на длительный срок в лечебно-воспитательный профилакторий.

В других случаях обращение к наркологу родители осознанно или подсознательно рассматривают как форму наказания подростка за его непослушание и недисциплинированность. Наконец, напуганные «наркоманическим бумом», поднятым средствами массовой информации, родители могут страшиться за своих неустойчивых к соблазнам и непослушных сыновей и дочерей и выискивают у них признаки опьянения или злоупотребления.

Школа или иное место учебы или работы могут быть просто заинтересованы в том, чтобы избавиться от тяжкой обузы (подростка, не поддающегося обычным воспитательным мерам, который служит плохим примером для других). Среди них немалую роль в подозрениях о злоупотреблении подростками наркотиками и другими токсическими веществами сыграл все тот же «наркоманический бум», поднятый средствами массовой информации. Воспитатели бывают крайне насторожены, выискивают признаки злоупотребления у каждого нарушителя дисциплины и по малейшему поводу предъявляют свои подозрения.

Инспекторы по делам несовершеннолетних заинтересованы в том, чтобы «выявленный» подросток прошел стационарное лечение. Направление же его в лечебно-воспитательный профилакторий снимает с них ответственность за его дальнейшую судьбу. При этом нельзя не отметить, что воспитательские возможности инспекторов по делам несовершеннолетних очень ограничены и надзор за подростками с аддиктивным поведением им осуществить весьма нелегко.

ОСМОТР ПОДРОСТКА

Осмотр включает обычную врачебную оценку соматического статуса. Однако особое внимание должно быть обращено на признаки опьянения, симптомы абстиненции и проявления хронической интоксикации. Эти признаки изложены в соответствующих главах.

В описании соматического статуса обязательно должны быть отмечены истощение, сухость, бледность или желтушность кожных покровов, бледность или гиперемия лица, характерные алые губы на бледном лице у опиоманов («маска клоуна»), широкие или узкие зрачки, мышечный тремор, потливость, а также другие симптомы, бросающиеся в глаза (слюнотечение и др.). При злоупотреблении димедролом язык обложен коричневым налетом. То же бывает после поедания сухого молотого мака. Шаткость походки встречается не только при алкогольном опьянении, но и при интоксикации транквилизаторами.

Характерный запах изо рта бывает не только при алкогольном опьянении или после него («запах перегара»), но и при недавнем употреблении ингалянтов — бензина, ацетонсодержащих жидкостей и т. п.

В истории болезни или амбулаторной карте обязательно должны быть отмечены все следы повреждений — кровоподтеки, ссадины и т. п. — их локализация, размеры, цвет кровоподтека (признак его давности). Все это важно для не столь уж редких случаев последующих экспертиз.

Кроме частоты и ритмичности пульса (экстрасистолия при злоупотреблении некоторыми стимуляторами!), высоты артериального давления (подъемы при абстиненции) необходимо отметить, не выступает ли печень из-под реберной дуги, наличие болезненности при пальпации в правом подреберье, симптом Пастернацкого (при интоксикации ингалянтами) и др.

Следы от инъекций, особенно по ходу вен, — множественные или в виде одного плотного ороговевшего узелка над веной (результат многократных проколов вены в одном и том же месте), весьма подозрительны в отношении злоупотребления наркотиками (опиаты, эфедрон, «ширка»). Уверения, что подросток недавно где-то проходил лечение внутривенными вливаниями, должны быть проверены. Самодельные препараты нередко вызывают флебиты — вены становятся склерозированными, твердыми на ощупь на большом протяжении. Обычно подобные изменения встречаются на венах предплечья и локтевой ямки. В целях маскировки следов от инъекции взрослые наркоманы могут делать вливания не только в вены предплечья и локтевого сгиба, но и вены стопы, лобка и даже в кавернозные тела полового члена или под язык. Нам у подростков следов от инъекций в этих местах встречать не приходилось.

Следы от самопорезов чаще всего встречаются на внутренней поверхности предплечья левой руки (у правшей). Они свидетельствуют либо о склонности к демонстративному поведению, суицидальному шантажу, либо об аффективных аутоагрессивных реакциях («разрядке» — чтобы «успоко-

иться», надо увидеть собственную кровь). О последнем также говорят множественные следы самопорезов на груди и брюшной стенке.

Единичные рубцы на предплечье, обычно поверхностные, ровные, тонкие, могут быть последствием обряда братания кровью, одно время распространившегося среди подростков в некоторых регионах [Алмазов Б. Н., 1981].

Татуировки у подростков, по данным А. А. Вдовиченко (1980) и В. В. Егорова (1983), имеют символическое значение — они отражают подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками и формирующееся сексуальное влечение. По нашим данным, они могут быть также примитивным проявлением стремления к самоутверждению [Личко А. Е., 1985]. Очень разнообразна криминальная символика татуировок [Херсонский Б. Г., 1985; Битенский В. С. и др., 1989].

Наибольший интерес для подросткового нарколога представляют татуировки, связанные со злоупотреблением наркотиками [Борохов А. Д., Исаев Д. Д., 1989]. О склонности к внутривенным вливаниям говорит татуировка в виде шприца, иглы, стрелки, указывающей на вену, о пристрастии к опиатам — изображение головки мака или его цветка, о курении гашиша — полумесяц и звездочки. Бабочка символизирует эйфорию, череп — неодолимое влечение. Вытатуированный на пальце руки перстень, разделенный на три сектора, служит свидетельством злоупотребления ноксироном, обычно сочетаемого с вливаниями препаратов опия.

Татуировки в виде цифр, соответствующих статьям Уголовного кодекса, касающихся наказаний за изготовление и распространение и т. п. действия с наркотиками или определения принудительного лечения наркоманов (в РСФСР чаще всего 224 и 62, на Украине — 229), говорят о том, что подросток дает знать «понимающим», к чему он причастен.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПОВЕДЕНИЕМ

Наиболее информативным наблюдением за поведением подростка являются его первый контакт с врачом-наркологом, пребывание среди сверстников при стационировании или во время групповых занятий, особенно групповой психотерапии, свидания с родными или во время совместной беседы врача с ними и подростком, а также во время консультативных осмотров, комиссий и т. п.

Во время первой беседы можно оценить контактность, желание произвести определенное впечатление или навязать свое суждение, настоять на своем желании. Можно заметить, какие вопросы и какие темы вызывают у подростка положительную

или отрицательную эмоциональную реакцию и какова эта реакция — бурная, открытая, нескрываемая или, наоборот, сдержанная, подавляемая.

В среде сверстников видно, тянется ли подросток к тем, у кого имеется опыт злоупотребления дурманящими средствами, быстро ли находит общий язык, склонен ли подолгу с ними вести какие-то беседы, стараясь, чтобы их содержание оставалось неизвестным врачу и персоналу. Отчетливо бывает видно также, отвергается ли подросток группами с аддиктивным или делинквентным поведением.

На свидании с родными подросток зачастую демонстрирует тонкие нюансы внутрисемейных отношений. Видно, к кому из них он тянется, к кому обнаруживает неприязнь, кем старается командовать, от кого старается сесть подальше, демонстрируя дистанцию отношений и т. п.

Консультативный осмотр или комиссионная экспертиза обычно бывают для подростка стрессовой ситуацией, даже если он прикрывается внешней бравадой. Он нередко ждет важного для себя решения, да и в ситуации, когда на него обращены пристальные взоры всех присутствующих, может чувствовать себя неуютно.

В поведении также более всего проявляются признаки и опьянения, и абстиненции, как алкогольных, так и наркотических и вызванных иными токсическими средствами.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ

Специальных методов психологической диагностики зависимости от алкоголя, наркотиков и других токсических веществ не существует.

Современное психологическое обследование может дать ответы лишь на некоторые вопросы, которые важны для наркологической диагностики. Врачу-наркологу, направляя подростка к медицинскому психологу, необходимо четко сформулировать вопросы, на которые ему бы хотелось получить ответ. Таковыми вопросами являются:

1) может ли данный подросток быть отнесен к контингенту высокого риска злоупотребления алкоголем, наркотическими и токсическими веществами (риск аддиктивного поведения);

2) может ли он быть отнесен к контингенту высокого риска формирования зависимости при наличии уже имеющегося аддиктивного поведения (риск развития алкоголизма, наркоманий и токсикоманий);

3) выявляются ли патопсихологические признаки резидуального органического поражения головного мозга;

4) имеются ли данные об интеллектуальной недостаточности или о низком уровне интеллекта (так называемая пограничная умственная отсталость);

5) есть ли признаки, указывающие на возможность скрытой депрессии или высокого риска развития депрессивного состояния;

6) имеются ли признаки, характерные для шизофрении, например, нарушения мышления в виде искажения процесса обобщения — актуализация несущественных признаков, дискордантность характера при патохарактерологическом обследовании и т. п. Это особенно важно при наличии атипичных картин опьянения, во время которых возникают симптомы, встречающиеся при шизофрении;

7) каковы основные личностные особенности подростка — тип акцентуации характера, личностный профиль и т. п.;

8) можно ли заподозрить диссимуляцию или аггравацию;

9) выявляются ли определенные личностные проблемы, подавляемые и скрываемые, но тяжело переживаемые;

10) имеются ли признаки высокого риска делинквентности и социальной дезадаптации.

Могут быть поставлены и другие вопросы. В зависимости от особенностей случая нарколог определяет наиболее важные из них.

Медицинский психолог подбирает методы, адекватные для поиска ответа на данные вопросы, проводит обследование и представляет наркологу заключение по полученным результатам.

Признаками высокого риска аддиктивного поведения служат неустойчивый тип акцентуации характера и черты этого же типа в сочетании с другими (гипертимно-неустойчивый, лабильно-неустойчивый, истероидно-неустойчивый, эпилептоидно-неустойчивый, шизоидно-неустойчивый, смешанные типы). Другим признаком служит высокий показатель по шкале психологической склонности к алкоголизации патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков [Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1981; Иванов Н. Я., 1985; Личко А. Е., Лавкай И. Ю., 1987]. Наоборот, диагностика сенситивного типа и психастенического типа скорее свидетельствует об устойчивости в отношении аддиктивного поведения.

Признаками высокого риска формирования зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ при наличии аддиктивного поведения служит прежде всего «органический патопсихологический симптомокомплекс» [Зейгарник Б. В., 1986; Блейхер В. М., Крук И. В., 1986]. Одним из приемов выявления этих признаков могут быть «рисуночные пробы» — на рисунках видны прерывистые,

дрожащие линии, наклоненные фигуры [Херсонский Б. Г., 1984]. Эти пробы, однако, дают те же результаты, если абстиненция сопровождается тремором. Применяются также методы исследования внимания и памяти. В различных тестах выявляется истощаемость (но она может быть и следствием астении).

При патохарактерологическом обследовании признаками риска являются эпилептоидный и шизоидный типы акцентуации характера.

Об интеллектуальной недостаточности чаще всего судят по тесту Векслера. Разработан его вариант для детей и подростков — WISC [Wechsler Intelligence Scale for Children, 1949], адаптированный на русском языке [Панасюк А. Ю., 1973]. Показателем служит вычисляемый на основании выполнения заданий IQ (Intellectual Quotient) — коэффициент интеллектуальности, принятый для этой цели экспертами ВОЗ. Средней нормой считается 100, но в современной здоровой популяции в нашей стране у большинства величины обычно выше 100. К дебильности относят величины от 70 до 50 (ниже 50 — имбецильность). От 90 до 70 считается областью пограничной, свидетельствующей о низком интеллекте, но не расцениваемом как дебильность.

Среди подростков-наркоманов преобладают те, у кого средний уровень интеллекта (90—110) или уровень «низкой нормы» (80—90).

Существуют и другие методы оценки развития интеллекта, но они обычно используются реже.

Признаки скрытой депрессии или высокого риска ее развития могут быть выявлены с помощью специальной шкалы депрессии (D_p) при обработке результатов обследования, полученных с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков [Озерецковский С. Д. и др., 1988]. В пользу депрессии свидетельствуют низкие показатели гипертимности ($Г \leqslant 2$), высокая сенситивность ($С \geqslant 7$), низкая неустойчивость ($Н \leqslant 2$), повышенная откровенность ($Т > Д$) и у мальчиков — преобладание черт фемининности над маскулинностью ($Ф > М$). Против депрессии говорят высокие показатели гипертимности ($Г \geqslant 7$), истероидности ($И \geqslant 7$) и неустойчивости ($Н \geqslant 7$), а также склонность к диссимуляции (Д выше Т на 4 балла и больше). О скрытой депрессии или ее высоком риске свидетельствует преобладание показателей «за» над показателями «против» не менее чем на 2 балла.

Другим приемом для оценки депрессивности служит MMPI (Minnesota Multiphasic Personal Inventory), адаптированный в нашей стране в нескольких вариантах [Собчик Л. Н., 1971; Беспалько И. Г., Гильяшева И. Н., 1971; Березин Ф. Б. и др., 1976]. Среди основных шкал MMPI имеется шкала 2 (шкала

депрессии), а также несколько дополнительных шкал, менее употребительных. Высокие показатели по шкале *2* говорят о сниженном настроении, пессимистическом отношении к будущему, низкой самооценке и т. п.

Наконец, о депрессии можно судить по проективным тестам (тематический апперцепционный тест — ТАТ, тест Роршаха и др.).

Признаки, характерные для шизофрении, могут быть выявлены как при патопсихологическом, так и при патохарактерологическом исследовании. Но выявление этих признаков ни в коем случае не может служить основанием для диагноза шизофрении. Эти же признаки встречаются нередко и при шизоидной психопатии, и при акцентуации характера этого типа, и в небольшом проценте случаев в здоровой популяции. Можно лишь предположить, что у подростков эти признаки отражают какую-то сторону наследственной предрасположенности к шизофрении — «патос шизофрении» по А. В. Снежневскому (1972).

Для выявления этих признаков используются методы исследования нарушений мышления. Одни из них нацелены на обнаружение «искажения процесса обобщения» [Зейгарник Б. В., 1986] в виде «актуализации несущественных признаков» [Поляков Ю. Ф., 1968]. Косвенным свидетельством может служить также тенденция к резонерству.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО признаком высокого риска развития шизофрении, особенно ее вялотекущей формы, служит дискордантность характера [Личко А. Е. и др., 1983]. Этот признак состоит в наличии высоких показателей (6 баллов и больше) одновременно в отношении некоторых типов, несовместимых с тем типом, который диагностирован. Если, например, диагностирован гипертимный тип, то признаками дискордантности будут высокая сенситивность, психастеничность или шизоидность, а если определен циклоидный тип — то только высокая шизоидность. При диагностике сенситивного типа о дискордантности свидетельствует высокая эпилептоидность, психастенического типа — высокая неустойчивость, эпилептоидного или истероидного типов — высокая сенситивность. У шизоидного типа признаком дискордантности служит высокая гипертимность или циклоидность, у неустойчивого типа — высокая психастеничность или повышенная откровенность. Кроме того, о дискордантности может говорить также сочетание высоких показателей реакции эмансипации (5 баллов и больше) и сенситивности или психастеничности (6 баллов и больше).

Основные личностные особенности у взрослых чаще всего оцениваются с помощью Миннесотского многопрофильного личностного перечня — MMPI [Hathaway S.,

McKinley, 1946]. О его адаптации было сказано в разделе о признаках скрытой депрессии. Этот же метод может быть использован у подростков старшего возраста.

Для подростков-наркоманов считаются характерными высокие показатели по шкале *F*, что вообще принято рассматривать как склонность к симуляции. Но, по мнению Б. Г. Херсонского (1989), причиной скорее может быть не эта склонность, а неправильное толкование подростками некоторых утверждений MMPI. Например, утверждение, что «за мною следят», означает не симуляцию бреда отношения, а оценку надзора в психиатрическом или наркологическом стационаре. Утверждение, что «на мои мысли пытаются воздействовать», также вовсе не говорит о симуляции бреда воздействия, а подразумевает психотерапевтическую активность врача [Битенский В. С. и др., 1989].

Высокие показатели по шкале *1* («ипохондрия») обычно бывают, если обследование проводится еще в период, когда явления абстиненции не миновали полностью.

Шкала *2* («депрессия»), как указывалось, способна выявить скрытую депрессию или высокий риск развития депрессивного состояния. Но подъем показателя по данной шкале может быть также связан с реакцией на госпитализацию, может отражать явления стертой абстиненции на фоне I стадии алкоголизма, наркоманий или токсикоманий, когда имеется лишь психическая зависимость и отсутствует физическая.

Шкала *3* («истерия») для подростков с аддиктивным поведением оказалась малоинформативной. Показатели по этой шкале могут быть низкими даже при выраженных истерических чертах характера. Возможно, это связано с тем, что данная шкала была в основном валидизирована на больных истерическим неврозом.

Подъем по шкале *4* («асоциальная психопатия») оказался наиболее характерным для подростков, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и другими дурманящими средствами. То же ранее было обнаружено у взрослых-наркоманов [Станкушев И. Т., 1982; Overal T., 1983]. Однако высокие показатели по этой шкале свидетельствуют вовсе не о наличии зависимости от алкоголя, наркотиков или других токсических веществ, а лишь о социальной дезадаптации [Битенский В. С. и др., 1989]. Высокий показатель по данной шкале сам по себе не может служить основанием для диагностики психопатии.

Шкалы *5* («мужественности — женственности»), *6* («паранойи»), *7* («психастении») и *8* («шизофрении») не обнаружили достоверных отличий у подростков с аддиктивным поведением. Подъемы по этим шкалам для нарколога диагностического значения не имеют.

Шкала *9* («гипомания») отражает высокую самооценку, стремление к лидерству и повышенную активность. Эту шкалу оценивают в паре со шкалой *4* («асоциальная психопатия»). Одновременные пики на этих двух шкалах получили название «кода преступника». У подростков они свидетельствуют о высоком риске делинквентности. Но это еще не свидетельствует о склонности к аддиктивному поведению. Последнее часто сочетается с делинквентностью, но каждое из них может быть независимо друг от друга.

По шкале *10* («социальная интраверсия») для подростков с аддиктивным поведением характерны низкие показатели, свидетельствующие о поверхностной общительности [Битенский В. С. и др., 1989]. Таким образом, профилем высокого риска в отношении аддиктивного поведения у подростков старшего возраста можно считать одновременные пики по шкалам *4* и *9* и спад по шкале *10*.

Патохарактерологическое обследование с помощью ПДО [Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1981; Личко А. Е., 1976, 1983] дает не менее полное представление о личности подростка. Его можно использовать с 14 лет. Кроме определения типа акцентуации характера и психопатий (диагностируются гипертимный, циклоидный, эмоционально-лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый и конформный типы, а также их сочетания — смешанные типы), оцениваются дополнительные показатели. В частности, могут быть отмечены склонность к диссимуляции, высокая откровенность, реакция эмансипации, вероятность изменений характера вследствие резидуального органического поражения головного мозга, психологическая склонность к алкоголизации, а также соотношение черт мужественности — женственности в системе личностных отношений. Предусмотрены также диагностические процедуры для выявления высокого риска психопатизации, склонности к депрессии и социальной дезадаптации (последнее раздельно для большинства типов).

Диагностика типа акцентуации может как свидетельствовать о высоком риске аддиктивного поведения, если диагностируется неустойчивый тип или смешанные типы в сочетании с неустойчивостью, так и в определенной мере прогнозировать особенности аддиктивного поведения (предпочтение отдельных средств, скорость развития зависимости и т. п.). Подробнее эти особенности изложены в гл. 3.

Показатель психологической склонности к алкоголизации вовсе не свидетельствует о том, что данный подросток злоупотребляет спиртными напитками, если этот показатель явно положительный (+2 балла и больше). Данный показатель позволяет прогнозировать, насколько устойчив окажется подросток

к соблазну и влиянию компании сверстников или легко поддастся ему и примет участие в выпивке. Даже очень высокая величина данного показателя (+12 — максимально возможное ее значение) не свидетельствует о действительной алкоголизации, ни тем более о зависимости от алкоголя. Высокий показатель (+6 и больше) указывает на стремление подростка демонстрировать свою склонность к выпивкам, что встречается при истероидном типе психопатии и акцентуации характера.

Отрицательный показатель говорит о том, что склонность не выражена. Высокий отрицательный показатель (от —6 до максимальной отрицательной величины, равной —9) указывает на выраженное негативное отношение к употреблению спиртных напитков. В 70-х годах у подростков с опийными наркоманиями II стадии более чем в половине случаев отмечалось отрицательное отношение к алкоголю. Алкоголиков они презирали, при отсутствии наркотика абстиненцию старались купировать чем угодно, только не алкоголем. В 80-х годах, когда на смену ампулированным аптечным препаратам пришли самодельные опиаты, добываемые из мака, стало более частым употребление алкоголя в качестве заменителя наркотика при вынужденном от него воздержании. В то же время для многих токсикоманий и для употребления некоторых других наркотических и токсических веществ характерно положительное отношение к алкоголизации.

Диссимуляция в случаях, когда подростки госпитализированы в связи с аддиктивным поведением, не характерна («все равно все известно»). Иное дело, когда подросток скрывает свое аддиктивное или делинквентное поведение. Не свойственными подросткам с аддиктивным поведением оказались также ни повышенная откровенность, ни преобладание фемининности в системе личностных отношений, ни дискордантность характера. Показатель риска депрессии может отражать реакцию на госпитализацию или стертую депрессию при психической зависимости. Зато почти у 60 % выявлена социальная дезадаптация по шкалам Ю. В. Попова и Н. Я. Иванова (1988), в то время как в общей популяции подростков она может быть обнаружена лишь в нескольких процентах [Чебураков С. Ю., 1990].

Признаки диссимуляции и аггравации выявляются методами психологической диагностики относительно трудно и могут служить лишь самыми приблизительными ориентирами.

О вероятной диссимуляции можно судить по соответствующей шкале ПДО, когда показатель диссимуляции *Д* превышает показатель откровенности *Т* на 4 балла и больше. Указанием на диссимуляцию может послужить пик по шкале *К* («коррекции») при обследовании с помощью MMPI.

Подозрение в отношении аггравации возможно при высоком показателе по шкале истероидности ПДО (независимо от диагностированного типа) и если имеется пик по шкале *F* MMPI.

Личностные проблемы, скрываемые и подавляемые, но тяжело переживаемые, скорее всего могут быть выявлены посредством проективных методов [Беспалько И. Г., Гильяшева И. Н., 1983]. К ним относятся тематический апперцепционный тест (ТАТ), методика незаконченных предложений, метод Роршаха, «семантический дифференциал» Осгуда и др. Интерпретация результатов этих тестов весьма зависит от мастерства и опыта медицинского психолога, так как эти тесты не стандартизированы.

Риск делинквентности и социальной дезадаптации при обследовании с помощью MMPI, может быть отмечен на основании сочетанного повышения по шкалам *4* («асоциальная психопатия») и *9* («гипомания»).

ПДО снабжен специальной шкалой для оценки психологической склонности делинквентности у подростков мужского пола (*d*). Величина 4 балла и больше по этой шкале свидетельствует о риске для всех типов акцентуаций характера и психопатий, кроме шизоидного. У данного типа этот показатель может быть высоким без всякой склонности к делинквентности. Диагностика неустойчивого типа или смешанных типов в сочетании с неустойчивым сама по себе, независимо от величины показателя склонности к делинквентности, служит признаком высокого риска.

Социальная дезадаптация при обследовании с помощью MMPI оценивается на основании высокого показателя по шкале *4*.

ПДО дополнительно снабжен системой оценочных шкал высокого риска социальной дезадаптации [Попов Ю. В., Иванов Н. Я., 1988]. Для каждого типа акцентуации характера понадобилась своя особая шкала. Признаками высокого риска социальной дезадаптации оказались высокие показатели:

— эпилептоидности, неустойчивости, диссимуляции, эмансипации — для гипертимного типа;
— шизоидности, неустойчивости, эмансипации и делинквентности — для эмоционально-лабильного типа;
— лабильности — шизоидного типа;
— шизоидности, истероидности, неустойчивости, эмансипации и делинквентности — для эпилептоидного типа;
— астеноневротичности, психастеничности, неустойчивости и делинквентности — для истероидного типа;
— циклоидности, изменений характера вследствие резидуального органического поражения головного мозга и суммы баллов астенических типов (астеноневротического, сенситивного и психастенического) для неустойчивого типа.

В определенной мере на риск социальной дезадаптации может указывать высокий показатель того типа, который

диагностирован, если число баллов в его пользу превышает в $1^1/_2$—2 раза минимально необходимое диагностическое число. Резко выраженные черты определенного характерологического типа, вероятно, благоприятствуют парциальной социальной адаптации [Попов Ю. В., 1988], т. е. делают ее возможной только в жестко определенных условиях окружающей среды. Но сказанное не относится к эпилептоидному типу акцентуации, где высокий показатель может сочетаться с гиперсоциальностью в поведении.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее важными и специфичными для наркологии методами являются способы определения содержания в крови алкоголя, наркотиков и других дурманящих веществ. Подобные анализы требуют специально оснащенной биохимической лаборатории, например наличия газожидкостной хроматографии, радиоиммунохимических методов и др.

Результаты обычных клинических анализов крови и мочи мало информативны, хотя необходимы для диагностики сопутствующих заболеваний. Определенное значение имеет исследование функций печени, которые обычно нарушаются при хронической интоксикации.

Надо добавить также, что для опийных наркоманий характерна почти постоянная легкая гипергликемия, а для курильщиков гашиша, наоборот, гипогликемия.

Если для введения наркотика или иного токсического вещества используются инъекции, то чем дольше они продолжаются, тем выше становится угроза заражения вирусом СПИД. Обследование в США показало, что около 25 % наркоманов являются носителями этого вируса (American psychiatric glossary, 1988, p. 6). Поэтому представляется целесообразным всех подростков, прибегавших к внутривенным вливаниям наркотиков, обследовать на заражение вирусом СПИД.

Глава 6. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ЗАДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ

Лечение при раннем алкоголизме, подростковых наркоманиях и токсикоманиях в зависимости от состояния пациента, тяжести злоупотребления и терапевтического этапа ставит разные задачи. К ним можно отнести следующие:

1. Неотложная помощь и интенсивная дезинтоксикация при острых отравлениях алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами.

2. Лечение абстиненции при перерыве злоупотребления, вызвавшего физическую и психическую зависимость.

3. Дезинтоксикация при хроническом отравлении алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами.

4. Лечение осложнений, вызванных длительным злоупотреблением.

5. Подавление влечения и устранение зависимости.

6. Предупреждение рецидива последних.

Первые три задачи с помощью современных методов лечения решаются довольно успешно. Для дезинтоксикации и устранения явлений абстиненции имеется значительное число действенных средств. Осложнения иногда требуют довольно длительного и упорного лечения, но и здесь нередко удается достичь заметных результатов. Подавление влечения, устранение зависимости и предупреждение рецидива представляют очень трудную задачу, порой неразрешимую при существующем арсенале методов и средств.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ВЫБОР СТАЦИОНАРА

При сформировавшейся зависимости во всех случаях показано лечение в стационаре. Амбулаторное лечение бывает неэффективным уже потому, что остается сохранным контакт пациента с группой сверстников, в которой он пристрастился к алкоголю или иному токсическому веществу. Кроме того, для части подростков амбулаторное лечение служит признаком недостаточной серьезности того, от чего их лечат.

По существующим в настоящее время в нашей стране законам обязательным является стационарное лечение подростков, которые достигли 16 лет и у которых диагностирована наркомания. В этом случае госпитализация и лечение могут осуществляться без согласия подростка и его родителей. Сроки больничного лечения в этих случаях строго регламентированы. В настоящее время установлен единый 2-месячный срок независимо от стадии наркомании, вида наркотика, желания подростка лечиться, его социального окружения, степени социальной дезадаптации и т. п. Единый срок лечения упрощает процедуру контроля, предотвращает возможность давления на врача в целях неоправданной досрочной выписки. Однако практически при выраженной и стойкой зависимости этот срок может оказаться недостаточным. В США, в известной лечебнице для наркоманов в Лексингтоне, практикуется 6-месячный курс лечения. В то же время единый срок сковывает лечебную инициативу врача и у подростка создает настроение необходимости «отбыть» положенный срок, подавляет желание активно лечиться. Заранее установленный срок может также осознанно

или неосознанно восприниматься подростком не как лечение, а как форма наказания, аналогичная тюремному заключению. По его представлению, вылечился ли он и насколько вылечился, определяет не его лечащий врач, а инструкция. Это затрудняет доверительный контакт подростка с лечащим врачом, иногда вызывает реакцию протеста. Видимо, срок лечения должен быть индивидуальным и определяться тяжестью зависимости, успехом лечения, социальным прогнозом. Желательно также испробовать систему предварительных коротких домашних отпусков — для возможности выявления ранних рецидивов. Лучше, чтобы срок лечения и возможность выписки после него определяла компетентная врачебная комиссия, хотя какой-то предельный срок госпитализации, вероятно, полезен — если за этот срок никакого успеха достичь не удается, то пациент должен быть переведен в специальное исправительное учреждение, называемое в настоящее время лечебно-воспитательным профилакторием.

Лечение раннего алкоголизма и токсикоманий у подростков до 16 лет осуществляется с согласия родителей или заменяющих их лиц. Но у подростков с 16 лет необходимо их собственное согласие. Родители об этом тогда ставятся в известность. Изредка приходится сталкиваться с ситуацией, когда подросток согласен лечиться в стационаре и даже сам просит об этом, а один из родителей активно протестует против госпитализации. Лучше считаться с желанием подростка и в случае конфликта с родителем можно обратиться за поддержкой в комиссию по делам несовершеннолетних при местных Советах народных депутатов.

В случае отказа от лечения подростка старше 16 лет или родителей, если ему еще нет 16 лет, комиссия по делам несовершеннолетних может перед ними поставить дилемму — согласие на лечение или направление в специальное воспитательное учреждение. Для последнего решения обычно бывает достаточно оснований в связи с сопутствующей делинквентностью, уклонением от учебы и работы и т. п. Как правило, предпочитается лечение, и тогда оно формально считается добровольным. Однако убеждение в его действительной необходимости остается задачей врача.

При подозрении в отношении алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в настоящее время законом предусмотрена обязательная госпитализация для обследования только в отношении случаев подозрения на наркоманию. Срок стационарного обследования не может превышать 10 сут. Если диагноз наркомании подтверждается, то приступают к лечению (сроком 2 мес.). Если же выясняется, что речь идет только о злоупотреблении без зависимости, подростка выписывают из стационара для профилактического наблюдения в наркологическом

диспансере. В отношении случаев подозрения на ранний алкоголизм и токсикомании правила стационирования и его тактика остаются теми же, как при необходимости лечения. Окончательная диагностика, как правило, осуществима в стационарных условиях.

Показанием для неотложной госпитализации без согласия подростка и его родителей служат все острые психотические расстройства (острые психозы) — алкогольный делирий, а также иные психозы, вызванные большими дозами галлюциногенов, стимуляторов и тетрагидроканнабиола. То же относится к психозам во время абстиненции и хроническим интоксикационным психозам с бредом, галлюцинациями, нарушениями сознания, выраженной депрессией или маниакальноподобным возбуждением. При провокации эндогенных психозов с подобными картинами также показана неотложная госпитализация. Во всех этих случаях больной может в любой момент оказаться опасным и для окружающих, и для самого себя.

Транзиторные психозы, как интоксикационные, так и провоцированные короткие «шубы» («зарницы»), длящиеся лишь часы, служат показанием для неотложной госпитализации только, если к моменту освидетельствования психиатром они еще не прекратились. Если же подросток уже полностью вышел из психотического состояния, то врачу необходимо разъяснить ему и его родителям высокий риск начала тяжелого психического заболевания, настоятельную необходимость стационарного обследования и, возможно, профилактического лечения, но госпитализация должна быть с согласия подростка или родителей. Если же речь идет о злоупотреблении веществом, относящимся к числу наркотиков, обследование в наркологическом стационаре является обязательным. Все случаи неотложной госпитализации в психотическом состоянии должны осуществляться в психиатрический, а не в наркологический стационар.

В отношении того, где лучше проводить лечение раннего алкоголизма, наркоманий и токсикоманий у подростков, единого мнения не существует. Использовались подростковые отделения психиатрических больниц, наркологические стационары для взрослых, специальные отделения или палаты для подростков в наркологических стационарах. Каждое из этих мест имеет свои преимущества и недостатки. Конечно, при тяжелых, опасных для жизни отравлениях наилучшая помощь может быть оказана в специальном реанимационном центре или в том лечебном учреждении, где оборудованы соответствующие палаты.

Желательно, чтобы подростки с наркоманиями лечились отдельно от других подростков, иначе они станут играть роль

соблазнителей и явятся источником распространения наркотиков среди подростков после выписки, а при недостаточном надзоре — и во время стационарного лечения. Но дело даже не только в соблазне и передаче информации, а в том, что нередко тайком подбираются будущие сообщники, которых стараются привлечь в свои группы после выписки. Поэтому, с нашей точки зрения, подростков с опийными и эфедроновыми наркоманиями лучше лечить вместе со взрослыми наркоманами — в наркологическом стационаре, в отделениях со специальным строгим надзором.

При раннем алкоголизме и подростковых токсикоманиях лечение также лучше осуществлять в наркологическом стационаре, более приспособленном для лечения такого контингента пациентов, чем психиатрическая больница. В крупных наркологических стационарах возможно создание специальных подростковых отделений. Однако такие отделения могут успешно функционировать только при наличии штата опытных воспитателей, способных обеспечить наблюдение и, главное, полную занятость подростков с утра до ночного сна. Если подростки в таком отделении хотя бы на несколько часов в сутки оказываются предоставленными сами себе, то это грозит эксцессами, групповыми побегами и другими нарушениями.

Лечение в отделениях для взрослых, больных алкоголизмом, с нашей точки зрения, допустимо, но нередко сами подростки в силу своей активности, эмоциональности, склонности к протестным реакциям оказываются трудными и для персонала, и для взрослых пациентов.

Подростковые отделения психиатрических больниц также используются для лечения. Однако здесь подростки с алкоголизмом и токсикоманиями создают тяжелые условия для их сверстников, страдающих психозами. Они могут их третировать, обижать и унижать. Но такие же трудности в этих отделениях обусловливают подростки с психопатиями, наделенные делинквентными склонностями.

ИНТЕНСИВНАЯ ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

В отношении некоторых веществ, отравления которыми встречаются при аддиктивном поведении у подростков, имеются специальные противоядия. Бемегрид — антидот при отравлении барбитуратами — может также использоваться при алкогольных комах. При коматозных и сопорозных состояниях, вызванных опиатами, применяется специфический антидот — налорфин. При астматоловых делириях таким же противоядием может послужить физостигмин (эзерин). В какой-то степени транквилизаторы и нейролептики можно считать

функциональными противоядиями стимуляторам. Но при отравлении препаратами конопли и кокаином никаких специфических противоядий не известно.

Во всех случаях, независимо от того, применяются ли противоядия или нет, необходимыми бывают интенсивная дезинтоксикация и комплекс мер, обеспечивающих поддержание жизненно важных физиологических функций.

Освобождение желудка от содержимого необходимо как в случаях, когда токсическое вещество вводилось перорально (алкоголь, кашица из маковой соломки, таблетки циклодола и т. п.), так и тогда, когда оно выделяется слизистой желудка (как, например, препараты опия, введенные парентерально). Освобождение достигается путем стимулирования рвотного рефлекса, раздражая шпателем корень языка, а также промыванием желудка 1—2 л 0,1 % раствора калия перманганата с помощью толстого зонда. Предосторожности, которые необходимо соблюдать при введении зонда во время коматозного состояния, описаны на стр. 268.

Купирование психомоторного возбуждения лучше всего достигается внутривенным вливанием седуксена (сибазона, реланиума) — 2—4 мл 0,5 % раствора. В дальнейшем, если применяется капельное внутривенное вливание, таким путем можно вводить натрия оксибутират в дозе 50—70 мг/кг массы тела в сутки (т. е. обычно используются в сутки 1—2 ампулы по 10 мл 20 % раствора). Этот препарат, наряду с седативным, оказывает антигипоксическое, гипотермическое и стабилизирующее гемодинамику действие. Применение барбитуратов и нейролептиков (аминазин, галоперидол) при алкогольной и опийной интоксикации не показано, однако при отравлении галлюциногенами и стимуляторами вполне допустимо и широко используется.

Устранение нарушения дыхания должно начаться с выяснения его причины. Острая дыхательная недостаточность может возникнуть при нарушении проходимости дыхательных путей (при западении языка в коматозном состоянии, при скоплении рвотных масс или вязкой слюны в глотке и трахее). Другой причиной нарушения дыхания может быть нарастающий отек (набухание) мозга. Наконец, угнетение дыхания может быть вызвано действием самих токсических веществ на дыхательный центр, особенно таким действием отличаются препараты опия.

Клиническая острая дыхательная недостаточность проявляется одышкой (до 30—40 дыханий в минуту вместо 12—20 в норме) или поверхностным, зачастую аритмичным, затрудненным (стерторозным) дыханием, участием в дыхательных движениях мышц шеи и груди. При угнетении дыхательного центра характерно периодическое дыхание типа Чейна—

Стокса (длительная дыхательная пауза сменяется постепенно нарастающими по глубине вдохами и выдохами, затем дыхание постепенно делается все более поверхностным и снова наступает длительная задержка дыхания) или Биота (равномерные дыхательные движения прерываются длительной паузой до полминуты и дольше). Как правило, нарушения дыхания сопровождаются цианозом, потливостью, тахикардией и аритмией пульса и приводят к коллапсу.

При нарушении проходимости дыхательных путей необходимо запрокинуть голову больного и повернуть ее набок или придать больному боковое положение и выдвинуть нижнюю челюсть. Рекомендуется ввести воздуховод (носовой или ротовой) и аспирировать электроотсосом мокроту из глотки. В тяжелых случаях производится санация трахеи с использованием назотрахеального катетера или интубация.

Показана длительная ингаляция увлажненного кислорода через носовой катетер, а при необходимости — использование аппарата для искусственного дыхания.

Устранение нарушений кровообращения осуществляется в зависимости от преобладающих расстройств. Меры могут быть направлены на регидратацию (борьбу с обезвоживанием), на коррекцию гипертонического синдрома при резком повышении артериального давления, на борьбу с сосудистой недостаточностью, сопровождающуюся падением этого давления и на поддержку сердечной деятельности.

Регидратация обеспечивается, если больной не пьет самостоятельно, введением жидкости через назогастральный зонд или внутривенным капельным вливанием 15 % раствора глюкозы до $1^1/_2$—2 л в сутки, к которому хорошо добавлять реополиглюкин (400—800 мл в сутки также капельно).

Коррекция гипертонического синдрома достигается инъекциями 5—10 мл 25 % сернокислого магния внутримышечно. Внутривенно можно ввести дибазол 0,5 % 3—4 мл в 10 мл физиологического раствора или добавить его к капельным вливаниям. В особо тяжелых случаях можно прибегнуть к внутримышечному введению 0,5—1 мл 5 % пентамина. В крайнем случае этот препарат можно ввести медленно или капельным путем внутривенно до 0,5 мл 5 % раствора, разбавленного 20 мл 5 % глюкозы или изотоническим раствором натрия хлорида.

Поддержание сердечной деятельности требуется при возникновении тахикардии (частота пульса — выше 120 в 1 мин) или ее сочетании с аритмиями. При этом обычно имеется падение артериального давления со значительным уменьшением величины пульсового давления (т. е. разницы между систолическим и диастолическим давлением).

В случаях средней тяжести достаточно эффективным бывает внутривенное введение капельным путем следующей смеси: глюкоза — 15 % — 400 мл, корглюкин — 0,06 % — 1 мл, эуфиллин — 2,4 % — 10 мл. В тяжелых случаях данную смесь можно вводить 2—3 раза в сутки, добавляя к ней также панангин (5—10 мл) и кокарбоксилазу (50—100 мг).

Борьба с сосудистой недостаточностью становится необходимой при резком снижении артериального давления (до 80/40 мм рт. ст.), акроцианозе, похолодании конечностей. Прибегают к внутривенному вливанию капельным путем больших количеств плазмозамещающих глюкозо-солевых растворов. Используются реополиглюкин (до 800 мл в сутки), гемодез (до 400 мл на капельное вливание), раствор Рингера, упомянутая смесь с корглюконом и эуфиллином. К ним можно добавлять преднизолон (25—50 мг, в тяжелых случаях — до 100 мг в сутки) или гидрокортизон (25—100 мг). Введение сосудосуживающих препаратов (норадреналин, мезатон) не показано без предварительного восполнения дефицита объема циркулирующей жидкости.

Борьба с гипертермией становится необходимой при повышении температуры тела до 39—40° С, что может наблюдаться, например, при тяжелой алкогольной интоксикации.

Для купирования гипертермии необходимо уменьшить теплопродукцию и увеличить теплоотдачу. Перорально дают 0,5—1 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина). Внутримышечно можно ввести 1 мл 50 % анальгина. В тяжелых случаях капельно внутривенно вливают «литическую смесь» (следить за артериальным давлением!), которая включает аминазин (1—2 мл 2,5 % раствора), пипольфен (2 мл 2,5 % раствора) или супрастин (1 мл 2 % раствора). Жаропонижающее действие оказывают также натрия оксибутират (50 мг/кг массы тела), седуксен (2—4 мл 0,5 % раствора внутримышечно).

В целях увеличения теплоотдачи прибегают к обтиранию обнаженного тела водой, спиртом, одеколоном или к обдуванию от вентилятора тела, завернутого в смоченные простыни. Старым средством является лед на виски и боковые поверхности шеи.

Борьба с отеком мозга становится одной из центральных задач, так как именно отек мозга является одной из частых причин смерти подростков при тяжелом отравлении алкоголем и другими токсическими психоактивными веществами. О развитии отека мозга, помимо помрачения сознания (от оглушения и спутанности до глубокой атонической комы), свидетельствует нарастающая неврологическая симптоматика: узкие зрачки с вялой реакцией на свет (в моменты асфиксии

они могут расширяться), миоклонические подергивания, общий тремор, нистагм, неподвижный взор или «плавание» глазных яблок, ригидность затылочных мышц. Могут быть судорожные припадки или картина мышечного оцепенения по типу децеребрационной ригидности (вытянутые и напряженные конечности, запрокинутая голова). Отек мозга нередко сопровождается гипертермией, нарушениями дыхания и кровообращения.

Лечение отека мозга должно быть комплексным. С этой целью проводится борьба с острой дыхательной недостаточностью и используются меры по улучшению кровообращения (см. ранее приведенные методы и средства). Но одной из главных является дегидратационная терапия. Внутривенно вводят 2—4 мл 1 % фуросемида (лазикса). Капельным методом внутривенно вливают раствор маннитола (200—500 мл 15 % раствора в сутки). Тем же путем можно вводить преднизолон (25—100 мг в сутки) или гидрокортизон (в тех же дозах). Рекомендуется также внутримышечно вводить тавегил (по 2 мл официнального ампулированного препарата) или супрастин (1 мл 2 % раствора), которые оказывают противоотечное действие. Прибегают также к внутримышечной инъекции магния сульфата (10—20 мл 25 % раствора), особенно при судорогах. Противоотечное действие оказывает также эуфиллин (внутривенно 10 мл 2,4 % раствора).

ЛЕЧЕНИЕ АБСТИНЕНЦИИ

Главным принципом лечения наркоманий, токсикоманий и алкоголизма считается внезапное полное прекращение употребления того вещества, от которого развилась зависимость. Постепенное уменьшение дозы практикуется только в отношении барбитуратов из опасения эпилептического статуса, но данный вид наркомании у подростков в нашей стране в настоящее время не встречается. При полинаркомании «опиаты+ноксирон» настоящая зависимость именно от ноксирона обычно отсутствовала, но тем не менее после длительного злоупотребления этим средством, прекратив его сразу, в течение нескольких дней лучше назначить фенобарбитал по 0,1 г дважды в сутки.

Внезапное прекращение употребления опиатов, эфедрона, алкоголя на II стадии болезни обычно вызывает выраженное состояние абстиненции.

Специфическое лечение абстиненции существует только в отношении препаратов опия — их заменяют синтетическим препаратом аналогичного действия — метадоном. В нашей стране этим препаратом не пользуются из-за того, что к нему также может возникнуть зависимость и лечение сведется

к тому, что более тяжелая наркомания сменится более легкой [Бабаян Э. А., 1988].

Основное лечение абстиненции состоит в устранении ее тягостных симптомов — психических, неврологических, вегетативных.

Среди психических расстройств депрессия купируется амитриптилином, пиразидолом, эглонилом (сульпиридом), дисфория — карбамазепином (финлепсином, тегретолом), сонапаксом (меллерилом, тиоридазином), неулептилом (перициазином), легкая тревога — хлорпротиксеном, феназепамом. При бессоннице на ночь назначаются эуноктин (радедорм), тизерцин (левомеропромазин), терален (алимемазин) или другие небарбитуратовые снотворные.

Вегетативные расстройства устраняют или смягчают альфа-адреноблокаторами (пирроксаном), холинолитиками и ганглиоблокаторами. Для устранения сильных мышечных болей при опийной абстиненции используют курареподобные препараты, а также иглоукалывание.

Одновременно показаны средства, применяемые для дезинтоксикации при хроническом отравлении (см. следующий раздел).

Постабстинентную астению лечат с помощью ноотропов (пирацетам, энцефабол, аминалон), общеукрепляющих средств, витаминизацией, легкими стимуляторами (сиднокарб), а иногда и малыми дозами инсулина (2—12 ЕД) в сочетании с вливаниями глюкозы. Следует отметить имеющиеся указания, что использование ноотропов после перенесенной абстиненции может усиливать влечение к наркотикам [Найденова Н. Г., 1987].

Стертая абстиненция на I стадии болезни обычно легко уступает транквилизаторам (феназепам, нозепам) и мягким антидепрессантам (эглонил, азафен).

ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ

Дезинтоксикационные мероприятия при длительном злоупотреблении токсическими веществами проводятся обычно в наркологическом стационаре в течение 1—2 нед.

В отличие от острого отравления дезинтоксикация в этих случаях направлена не столько на удаление из организма того токсического вещества, которым злоупотребляли и которое к моменту госпитализации может быть уже выведено или разрушено в самом организме, сколько на устранение продуктов его обмена, а также иных токсических метаболитов, образующихся в организме вследствие длительного злоупотребления каким-либо токсическим веществом.

С этой целью могут использоваться и гемосорбция, и капельное внутривенное введение гемодеза, глюкозы, натрия тиосульфата. Принято также назначать большие дозы витаминов, особенно аскорбиновой кислоты.

Раньше существовала точка зрения, что для дезинтоксикации надо в целом стимулировать метаболизм, а для этого использовать пирогенную терапию (внутримышечные инъекции сульфозина, пирогенала). Однако подобные умозрительные рассуждения ничем не доказаны. Лечение же это переносится подростками очень мучительно и обычно рассматривается ими как форма наказания. С 1989 г. инъекции сульфозина запрещены Министерством здравоохранения СССР.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ДЛИТЕЛЬНЫМ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ

Как правило, подобное лечение становится насущно необходимым на II стадии болезни.

При алкоголизме это, прежде всего, поражения печени, а иногда и желудка, и поджелудочной железы, при ингалянтах — психоорганический синдром и хронические бронхиты, при опиатах и стимуляторах — резкое истощение, а при стимуляторах еще и сердечные аритмии.

Все эти осложнения требуют специальных методов лечения, однако их эффект увеличивается при сочетании с общеукрепляющими средствами.

Подробнее методы лечения изложены в последующих главах, посвященных различным видам злоупотреблений.

ПОДАВЛЕНИЕ ВЛЕЧЕНИЯ И УСТРАНЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ

Как указывалось, устранение зависимости представляет трудную задачу. Специальные средства, подавляющие влечение, отсутствуют. К тому же можно считать маловероятным, что будет найдена панацея, способная подавить раз и навсегда всякое влечение ко всем известным и еще неизвестным веществам, пригодным для злоупотребления.

Эффективность используемых для подавления влечения нейролептиков и антидепрессантов весьма невелика. В какой-то степени они могут еще действовать, покуда их применяют в больших дозах, и это сопровождается общим резким снижением активности. Но как только дозы понижаются или тем более применение их прекращается, как влечение может вспыхнуть с новой силой.

Условнорефлекторная («аверсионная»[1]) терапия может быть использована далеко не всегда. Ее практикуют в основном при раннем алкоголизме, но эффект очень часто оказывается нестойким.

Сенсибилизирующие средства типа тетурама (антабус, дисульфирам) и его препарата пролонгированного действия — эспераля — разработаны только в отношении алкоголизма. Но эффективность лечения ими раннего алкоголизма также невысока — ремиссии обычно непродолжительны. Предоставленные себе подростки быстро прекращают поддерживающее лечение.

Препараты, блокирующие действие наркотиков еще на стадии разработки, а опыт применения их невелик. Но даже предложенный для лечения опийных наркоманий метадон, действующий подобным образом, оказалось, сам по себе способен вызывать зависимость, хотя при применявшихся дозах не возникала эйфория [Meltzer S., Katz S., 1980]. Поэтому за рубежом его применяют только на далеко зашедших стадиях наркоманий — контингент, который метадоном лечат, обычно довольно ограничен. Например, в 1987 г. в Швеции метадоном лечилось всего 150 наркоманов [Егоров В. Ф. и др., 1989].

Даже если бы удалось разработать средство, высокоэффективное в отношении подавления влечения к алкоголю и отдельным видам наркотиков, в подростковом возрасте всегда останется высокий риск превращения одного вида наркомании или токсикомании в другой.

Психотерапия именно поэтому стала рассматриваться как метод, обладающий более широким действием, на нее стали возлагать большие надежды.

Иногда сообщается об ошеломляющих результатах, достигаемых посредством, как правило, разного рода суггестивных методов. Их действие усиливается широкой рекламой средствами массовой информации очередных целителей, обладающих чудодейственной силой или открывших «новый» метод лечения. Однако непременным условием успеха такого лечения является желание пациента лечиться, избавиться от пагубного пристрастия. Высокие показатели эффективности психотерапии основываются на том, что лечатся именно те, кто изъявил такое желание. У подростков оно, как правило, отсутствует, пробудить его бывает трудно, к тому же оно бывает нестойким.

---

[1] Aversion — дословно «отвращение». Аверсионной терапией называют разновидность поведенческой психотерапии (behaviour therapy), когда нежелательное поведение (например, выпивка) сочетается с болезненными или неприятными стимулами (например, искусственно вызванной рвотой), в результате чего нежелаемое поведение подавляется.

Поэтому о случаях «чудесного излечения» подростков от аддиктивного поведения и зависимости слышать не приходится.

Для раннего алкоголизма и некоторых токсикоманий (например, вызванных ингалянтами), а также наркоманий (например, гашишизма) присуща анозогнозия. Подросток даже при наличии выраженной зависимости не считает себя больным, уверен, что лечить его нет нужды, что если он «захочет», то в любой момент сам легко бросит злоупотребление.

При других наркоманиях (опиаты, стимуляторы) определенное сознание болезни обычно имеется, однако нередко нет никакого желания от нее избавиться, изменить образ жизни, ставший привлекательным. «Пусть несколько лет с кайфом и смерть, чем скучная серая жизнь до старости» — с подобным доводом в разных вариантах не так редко приходится сталкиваться.

Психотерапия тем не менее стала наиболее распространенным методом, направленным на подавление влечения и устранения зависимости. Чаще всего применяются индивидуальная психотерапия и метод групповых дискуссий [Битенский В. С. и др., 1989].

Индивидуальная рациональная психотерапия представляет собой ряд регулярных бесед с подростком. Она начинается с первого контакта. Следует заметить, что симпатии и антипатии в подростковом возрасте нередко возникают с первой встречи, а от этого зависят расположение или активное противодействие, доверие или настороженность.

Невозможно начинать беседу с незначимых индифферентных тем или с вопросов о хобби. Подросток, представший перед наркологом в связи со злоупотреблением алкоголем, наркотиками или другими токсическими средствами, не почувствует доверия к врачу, если тот начнет беседу с подобных тем. Скорее, он может заподозрить какой-то подвох или желание «подольститься» или сочтет разговор несерьезным. Лучше начать с анамнеза злоупотребления, не скрывать того, что уже сообщено врачу из других источников, а предложить подтвердить, опровергнуть, прокомментировать, не возражая поначалу подростку и не уличая его в противоречиях. Затем можно перейти к анамнезу жизни. Здесь надо придерживаться того тактического плана, который был изложен в гл. 5. Затем снова вернуться к подробностям злоупотребления — теперь уже стараться выяснить то, о чем подросток избегал говорить вначале.

В процессе последующих бесед, во время которых осуществляется индивидуальная психотерапия, необходимо, прежде всего, ориентироваться на тип акцентуации характера у подростка.

Гипертимный подросток, благодаря своей неизбирательной общительности, обычно не представляет трудностей для контакта. Его легче установить, если подросток этого типа с самого начала чувствует к себе благожелательное отношение, искренний интерес к его проблемам, желание вместе с ним искать выход из трудной ситуации. Надо лишь избегать чрезмерной директивности, проявления безапелляционной власти над подростком, что легко пробуждает и реакцию протеста, и реакцию эмансипации. Но гипертимный подросток отличается также стремлением всюду и везде брать инициативу в свои руки, что может проявиться поползновениями командовать психотерапевтом, ставить условия и т. п. Поэтому при доброжелательности и интересе следует опасаться фамильярности в отношениях, утраты дистанции. Не нужно демонстрировать равенство. Гипертимный подросток скорее почувствует расположение к врачу, если увидит в нем независимую самостоятельную личность.

Одним из перспективных путей отвлечения гипертимного подростка от аддиктивного поведения является пробуждение в нем интереса к новым неизвестным или малоизвестным для него сторонам жизни. Основываться лучше на возможных ближайших перспективах. Гипертимы в жизни, как правило, хорошие «тактики», но плохие «стратеги». Отдаленное будущее для них, независимо от обстоятельств, всегда расцвечено радужными красками.

Эмоционально-лабильные подростки могут представить наиболее благоприятный объект для психотерапии при условии, что с первого контакта они почувствовали расположение к себе. Если с психотерапевтом устанавливается хороший контакт, такие подростки жаждут его сохранить, могут в дальнейшем по своей инициативе посещать врача, искать у него в трудные минуты эмоциональной поддержки и сопереживания. Суть психотерапии состоит в том, чтобы научить их в неприятные моменты уметь самим находить светлые стороны жизни. Эмоциональные привязанности для них очень важны и способны удержать от дальнейшего злоупотребления, оторвать от компании с аддиктивным поведением. Но зато конфликты с эмоционально-значимыми лицами легко создают угрозу рецидива.

У *истероида* его эгоцентричность облегчает первый контакт, если он почувствует интерес к себе как к личности. Зато здесь бывает гораздо труднее контакт сохранить в дальнейшем. Для этого приходится в какой-то степени установить единственно приемлемое для истероидного подростка отношение — потворствующую гиперпротекцию. Но поощрять надо действительные способности, реальные достижения, позитивные устремления. Надо постараться, чтобы истероидный

подросток сам увидел отрицательную сторону своей претенциозной демонстративности. Для преодоления эгоцентризма, например, предлагается поощрять рассказы о других [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1982].

Удержать от дальнейшего злоупотребления истероидного подростка может среда, где он почувствует себя «на высоте», найдет в определенной мере удовлетворение своей претенциозности.

С *эпилептоидным подростком* контакт лучше устанавливать вне периодов аффективного напряжения, дать ему «остыть», если он чем-либо раздражен. Его внимание к собственному здоровью и благополучию позволяет сделать первые шаги. Беседы с ним должны быть неторопливыми и обстоятельными. Его надо побуждать «выговориться» — это снимает напряжение. Совместному обсуждению сперва лучше подвергнуть положительные качества его натуры: любовь к порядку, аккуратность, обстоятельность, осмотрительность, обычно — хорошие способности к ручному мастерству. Даже при сформировавшейся зависимости эти качества в значительной мере остаются сохранными или во всяком случае у эпилептоидного подростка по-прежнему держатся подобные представления о самом себе. Лишь затем в самой деликатной, не осуждающей, а сочувствующей форме можно подойти к отрицательным свойствам его натуры и нарушениям поведения. Взрывчатость, гневливость, несдержанность в состоянии аффекта, склонность к приступам мрачно-тоскливого настроения признаются самими эпилептоидными подростками, если с ними установлен хороший контакт и они испытывают доверие к психотерапевту. Показав на примерах, какой ущерб подростку нанесли или могли нанести эти черты характера, надо постараться убедить его приучать себя уходить от раздражающих ситуаций, искать в такие моменты уединения, «отдушину» в любимых занятиях, а не пытаться заглушить мрачное раздражение и злую тоску опьяняющими средствами.

Следует объяснить эпилептоидному подростку опасность именно для его характера любых опьянений, которые вследствие бурных несдерживаемых аффектов могут иметь тяжкие последствия и для других, и для него самого.

При *шизоидной акцентуации* характера неформальный контакт с подростком достичь бывает иногда чрезвычайно трудно. Шизоиды отличаются прихотливой избирательностью в выборе симпатий и антипатий. Если представляется возможность, хорошо, чтобы такой подросток сам мог выбрать себе лечащего врача. Во время психотерапевтических бесед вначале больше приходится говорить самому психотерапевту. Одна из тем, не безразличных для шизоидного подростка, — это трудность контактов, поиск понимания другими. Призна-

ком преодоления психологического барьера во время беседы служит момент, когда шизоидный подросток начинает говорить сам, по своей инициативе. Тема его высказываний может оказаться неожиданной и необычной, но прерывать и отвергать ее не следует. В дальнейшем раскрытие может быть все более полным. Но в процессе беседы у шизоида может внезапно проявиться «истощаемость контакта» («не знаю, о чем еще говорить»). Тогда можно попробовать направить беседу круто на новую неожиданную тему.

Увлекательное для шизоидного подростка хобби, порой самое невероятное, может оказаться мощным фактором, способствующим выработке антиаддиктивной установки.

У неустойчивых подростков индивидуальная рациональная психотерапия обычно мало эффективна. Они нехотя готовы согласиться с любыми доводами, которые оставляют их равнодушными. Только реальная опасность строгих наказаний способна в какой-то мере удержать их от злоупотребления. Именно поэтому они могут избегать дурманящих средств, включенных в число наркотиков, злоупотребление которыми строго преследуется [Егоров В. В., Седых С. Н., 1988].

Целью бесед при всех типах акцентуаций является достигаемое исподволь недирективным путем осознание подростком бесперспективности его будущего при продолжающемся злоупотреблении, мотивов и факторов, толкнувших его к нему, а при наличии зависимости — необходимости лечения и воздержания. Надо стараться апеллировать к сохранному в личности — оставшимся привязанностям, увлечениям. Необходимо информировать подростка об опасных осложнениях злоупотреблений, в особенности о тех, о которых избегают говорить в компаниях сверстников с аддиктивным поведением (грозящая импотенция и хронические психозы, опасность слабоумия при некоторых токсикоманиях, возможность заражения СПИДом при инъекциях и т.п.). Обязательно надо рассказать о причинах возможных рецидивов и о том, как их избежать. Надо объяснить, что влечение может длительно сохраняться в скрытом виде, подспудно, проявляясь, например, только в сновидениях, и этим обосновать необходимость поддерживающей противорецидивной психотерапии.

Групповая психотерапия представляет большие трудности в силу реакции группирования подростков с противопоставлением старшему поколению, которое в данном случае олицетворяет психотерапевт. В группе обычно быстро выделяется лидер, и если он явно или скрыто настроен против лечения, то весь психотерапевтический процесс бывает обречен на неудачу. В этих случаях необходима дополнительная индивидуальная психотерапия с лидером. Если она оказывается безуспешной, то можно попытаться дискредитировать

лидера в глазах группы. Иногда этому помогает «антилидер» — его потенциальный соперник, мечтающий занять место лидера. Если развенчать в глазах группы отрицательного лидера не удается, то он должен быть не только удален из группы, но и лишен возможности всех контактов с ней и ее отдельными членами. Наконец, если и это недостижимо, то остается только расформировать группу и через некоторое время создавать новую.

Группы обычно составляют из нескольких подростков. Занятия желательны ежедневные в течение 1—2 ч. Полезно, чтобы группой руководили одновременно врач-нарколог и медицинский психолог.

Психотерапевтические группы принято делить на 2 типа — открытые и закрытые. В закрытую группу, начав занятия, новых членов не принимают. В открытой группе в процессе работы состав ее может меняться. Для подростков с аддиктивным поведением более приняты закрытые группы.

В качестве первой модели для дискуссии может быть использован «принцип зеркала» [Либих С. С., 1974]. Психотерапевт рассказывает историю болезни одного из пациентов, лечившегося ранее, и предлагает членам группы высказать свои суждения по ряду вопросов — оценить поступки, предложить свои решения выхода из ситуаций и т. п. Затем каждому (по очереди) предлагается аналогичным образом рассказать свою биографию и поделиться трудностями и увлечениями, а все другие (по очереди) высказывают свое мнение, как бы они поступили в аналогичной ситуации.

Дальнейшие групповые занятия проходят в виде свободной дискуссии на темы, волнующие подростков, в том числе «запретные». Например, обсуждаются правомерность и обоснованность существующих противоалкогольных и противонаркотических законов, причины распространения алкоголизма, наркоманий и токсикоманий и возможные пути их предотвращения, свобода сексуальных контактов, а также отношения с родителями и перспективы на будущее — заманчивые оптимальные и реальные.

Метод ролевых игр также используется у подростков с аддиктивным поведением в процессе групповой психотерапии. По очереди члены группы разыгрывают ситуации, с которыми им придется столкнуться в будущем. Затем вся группа обсуждает представленную обычно двумя участниками сцену. Так, могут импровизироваться диалоги при встрече с приятелями по прежнему совместному злоупотреблению, с врачом-наркологом в диспансере, с инспектором по делам несовершеннолетних, с отцом и матерью, с товарищами по учебе или работе и т. п.

Суждения об эффективности групповой психотерапии при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях у подростков весьма различны: от полного отрицания какого-либо положительного эффекта [Мечирж Я., 1981] до признания ее самым действенным способом выработки антиалкогольной или антинаркотической установки на будущее [Битенский В. С. и др., 1989]. Многое, видимо, зависит от подбора участников группы и искусства психотерапевта. Наибольшего успеха можно ожидать, если группа подобрана из подростков с действительным намерением излечиться, а также из колеблющихся, не находящих в себе сил порвать со своим пристрастием. Первые способны повести за собой вторых.

Групповая психотерапия может проводиться как в стационаре, так и с амбулаторной группой в диспансере. В последнем случае участие подростка в ней позволяет определенное время курировать его, например после выписки из стационара. Но не следует в одной группе объединять леченных от алкоголизма, от наркоманий и от токсикоманий.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Меры, направленные на предотвращение рецидивов, должны осуществляться на протяжении продолжительного времени после выписки из стационара.

Существуют директивные предписания об обязательности явок в диспансер лечившихся от наркоманий (не реже 1 раза в месяц на первом году, не реже 1 раза в 2 мес на втором и 3 мес — на третьем и т. д. в течение 5 лет). Лишь при отсутствии рецидива в течение 5 лет пациент снимается с учета — считается полностью излеченным, хотя определенный риск рецидива всегда остается. Таким образом, снятие с учета должно произойти уже после завершения подросткового возраста. Недостаток этих предписанных сроков состоит в том, что они выбраны произвольно, без достаточных исследований и без учета вида и степени наркомании. Тем не менее при достижении 18-летнего возраста юноша может быть признан годным к военной службе и призван на нее, если с момента лечения в течение года не наступило рецидива.

Лечившиеся от раннего алкоголизма и токсикоманий наблюдаются наркологическим диспансером на общих основаниях.

Не менее важным, чем регулярные явки подростка в диспансер для предотвращения рецидивов, является контакт врача с родителями и теми лицами, которым ранее было известно о злоупотреблении. Но в отношении контактов с местом учебы или работы надо проявлять большую осторожность. Если там ранее не было известно о пагубном

пристрастии подростка или если он после лечения переменил место учебы (работы), то информация о прежних злоупотреблениях из диспансера ни в коем случае не должна туда проникать. Само по себе это может послужить для подростка причиной рецидива.

Противорецидивное амбулаторное лечение сводится к регулярной индивидуальной поддерживающей психотерапии. При возможности используется также групповая и семейная психотерапия. Их цель помочь подростку избежать всего того, что может снова подтолкнуть его к злоупотреблению — от личностных стрессов до неблагоприятных компаний. Вместе с подростком надо искать пути, как выходить из трудных ситуаций.

Родителей важно убедить, что пагубной может быть не только безнадзорность, но и эмоциональное отвержение со стороны близких и чрезмерная доминирующая гиперпротекция с унижающей подростка слежкой, обысками и т. п.

Рекомендуются также периодические курсы общеукрепляющего лечения, а также коррекция эмоциональных нарушений с помощью лекарственных средств, не вызывающих зависимости (сонапакс, неулептил).

Глава 7. ПРОФИЛАКТИКА РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

ТРИ ОСНОВНЫХ ТИПА ПРОФИЛАКТИКИ В ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ

Согласно классификации ВОЗ, профилактику принято разделять на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика направлена на предупреждение возникновения болезней. В подростковой наркологии она включает меры борьбы со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами — по сути дела, борьбу с аддиктивным поведением у подростков.

Вторичная профилактика подразумевает меры, предназначенные для того, чтобы задержать развитие болезни. В подростковой наркологии сюда относят не столько раннюю диагностику и своевременное лечение, сколько совокупность мер для предотвращения рецидивов после лечения раннего алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, включая специальное противорецидивное лечение.

Третичная профилактика ставит целью предотвращение инвалидности путем главным образом реабилитационных мер. В подростковой наркологии она охватывает ограниченную, но

весьма трудную область — тяжелые далеко зашедшие случаи наркоманий после неоднократных рецидивов и безуспешного лечения.

Э. А. Бабаян (1988) отметил, что классификация ВОЗ умаляет значение первичной профилактики, и только она является истинной. Первичная профилактика была разделена им на радикальную, включающую изменение социально-культурных условий жизни населения (пропаганда здорового образа жизни, спорт, санитарное просвещение и т. п.), а также меры, запрещающие и контролирующие, и раннюю, под которой подразумевалось выявление злоупотребления без зависимости и предупреждение ее развития.

Вторичную и третичную профилактику Э. А. Бабаян отнес к условной, так как она направлена уже на выявление ранних стадий болезни (запоздалая профилактика), на предотвращение рецидивов (поздняя профилактика) и принудительное лечение далеко зашедших хронических случаев (терминальная профилактика).

Предложено также иное разделение профилактики на первичную, вторичную и третичную в зависимости от поля деятельности [Егоров В. Ф., Врублевский А. Г., Воронин К. Э., 1989]. К первичной профилактике относят все, что адресуется ко всему населению (от системы запретов и наказаний до санитарного просвещения), вторичная профилактика направлена на выявление группы риска, а третичная — уже к тем, кто злоупотребляет.

Ключевым фактором в разработке мер психопрофилактики аддиктивного поведения у подростков является изучение его мотивации. Цель состоит в изыскании путей и средств коррекции и устранения истинных мотивов злоупотребления, а также тех социально-психологических факторов, которые способствуют аддиктивному поведению.

ПЕРВИЧНАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика в наркологии располагает, по сути дела, двумя основными методами — системой запретов и наказаний и санитарным просвещением. Вспомогательным, но важным приемом является выявление контингентов высокого риска аддиктивного поведения.

СИСТЕМА ЗАПРЕТОВ И НАКАЗАНИЙ

Подобная система довольно обстоятельно разработана в отношении наркотиков, в определенной мере — алкоголя и еще мало сформирована в отношении других токсических веществ.

Основные сведения о действующих в нашей стране законодательных и административных мерах приведены в гл. 8.

Существует специальная служба в органах внутренних дел для борьбы с распространением наркотиков и наркоманий. Несомненно, что принятые в 1974 г. и впоследствии дополненные строгие законы, а также деятельность соответствующих служб, предназначенных для их исполнения, оказали сдерживающее влияние на распространение наркоманий среди подростков, начавшееся в конце 60-х годов.

В отношении веществ, не включенных в список наркотиков, меры наказания, предусмотренные Уголовным кодексом, весьма ограничены. Законом преследуются незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка и сбыт сильнодействующих и ядовитых веществ. Употребление же этих веществ без назначения врача (например, опьянение, вызванное большими дозами транквилизаторов) не наказуемо. Это же распространяется на большинство ингалянтов (бензин, некоторые сорта клея, пятновыводители и т. п.). Однако совершеннолетние, вовлекающие несовершеннолетних в немедицинское потребление лекарственных и других средств, влекущих одурманивание, несут за это уголовную ответственность. Эффективность всех этих мер, предусмотренных законом, невелика по сравнению с мерами борьбы с наркоманиями.

В отношении злоупотребления алкоголем и пьянства энергичные, казалось бы меры, принятые в 1985 г., оказались не только малоэффективными, но из-за непродуманности и поспешности повлекли за собой ряд весьма неблагоприятных последствий. Резкое ограничение продажи алкогольных напитков, а также изъятие их дешевых сортов привело к тому, что среди подростков стало больше распространяться злоупотребление другими токсическими веществами [Сидоров П. И., Никифоров И. А., 1989], особенно доступными средствами бытовой химии, а в некоторых регионах страны — и наркотиками, изготовленными кустарным способом из дикорастущих мака и конопли или иных материалов.

Так, например, в Латвии число подростков, больных хроническим алкоголизмом, в 1987 г. по сравнению с 1986 г. снизилось на 39 %, но в 1988 г. оно вновь достигло почти исходной величины, хотя потребление алкоголя (в пересчете на абсолютный) на душу населения в республике, по данным государственной торговли, снизилось вдвое. В то же время число подростков, у которых была диагностирована токсикомания, с 1986 по 1988 г. возросло на 83 %.

Число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением наркотических и ненаркотических дурманящих средств, уже в 1987 г. возросло вдвое по сравнению с 1986 г.

Уголовное преследование совершеннолетних за спаивание несовершеннолетних неизбежно было обречено на провал в связи с широким распространением пьянства в семьях. К моменту принятия этого закона около 30—40 % подростков употребляли алкоголь в семье [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984].

При сравнении данных за 1984 и 1986 гг. оказалось, что число подростков, взятых на учет наркологическими диспансерами, как с ранним алкоголизмом, так и с наркоманиями и токсикоманиями возросло вдвое [Гофман А. Г., Авербах Я. К., 1986]. Вряд ли это можно приписать только лучшему выявлению. Среди подростков мужского пола, поступивших на обследование в психиатрический стационар, в связи с непсихотическими нарушениями поведения в 78 % установлено эпизодическое употребление алкоголя, а 28 % из них пробовали его суррогаты или чистый спирт, или злоупотребляли ингалянтами [Попов Ю. В., 1987].

Другой закон, официально действующий до сих пор, но на деле почти не соблюдаемый, запрещал продажу алкогольных напитков лицам в возрасте до 21 года. У молодежи этот закон вызвал возмущение и протест, а его последующее практическое несоблюдение заметно подорвало уважение к запретительным законам вообще.

Систему запретов и наказаний при злоупотреблении алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами перед подростком чаще всего олицетворяют инспектор и комиссия по делам несовершеннолетних при местных Советах народных депутатов. Обычно подросткам волей-неволей приходится давать согласие на стационарное обследование и лечение, иначе им грозит направление в специальное воспитательное учреждение или лечебно-воспитательный профилакторий. Поэтому пребывание в наркологическом стационаре неизбежно начинает рассматриваться подростком как форма наказания, что затрудняет лечение, в особенности психотерапию.

При всей необходимости системы запретов для профилактики аддиктивного поведения у подростков только этой системой ограничиваться невозможно, так как либо она оказывается недостаточно эффективной, либо вовсе недейственной.

Существует точка зрения, что запреты, наложенные на наркотики, только стимулируют злоупотребление ими [Macnair A., 1986], особенно у подростков и молодежи, для которых злоупотребление ими становится формой протеста. Исходя из этой точки зрения, предлагается легально торговать очищенными и дозированными опиатами, амфетамином, препаратами конопли так, как это делается в отношении алкоголя. Возможно, что подобные меры могли бы вызвать крах наркобизнеса, подобно тому, который случился с черным рынком алкоголя

в США при отмене Ф. Рузвельтом сухого закона. Сейчас для борьбы с наркобизнесом государствам в мире приходится тратить миллиардные средства за счет налогоплательщиков. Например, в Швеции только на профилактические программы на 2 года было ассигновано 1,5 млн долларов [Егоров В. Ф., и др., 1989].

Высказывается также суждение, что отмена запретов на наркотики будет способствовать уменьшению числа ненамеренных тяжелых отравлений, в том числе смертельных, снизит преступность, обусловленную незаконным потреблением наркотиков, добычей денег на них. Однако все эти суждения ничем не доказываются. Вместе с тем подобные меры легализации употребления наркотиков способны повлечь за собой широкое злоупотребление ими, подобно алкоголю, и как следствие — к значительному росту числа наркоманий. Поэтому подобные предложения широкой поддержки не получают.

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Использование санитарного просвещения в целях профилактики аддиктивного поведения среди подростков представляет непростую задачу. Санитарное просвещение предназначено разъяснить, какой вред для здоровья, для физического и психического развития, для будущего в целом наносит злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами. Однако субъективная цена собственного здоровья в определенной части нового поколения подростков заметно упала — все более актуальной становится проблема саморазрушающего поведения [Попов Ю. В., 1987]. Рассуждения о возможном ущербе перспективам на будущее наталкивается на конфликт между возросшим уровнем притязаний и малой вероятностью исполнения этих заманчивых, но завышенных планов. К тому же среди значительной части подростков, склонных к аддиктивному поведению, «престижными» считаются такие профессии (работники некоторых сфер торговли, исполнители в современных ансамблях и т. п.), которые в их глазах вовсе не препятствуют «умеренному» потреблению алкоголя и даже наркотиков.

Информация о вреде злоупотребления алкоголем в глазах подростков приходит в явное противоречие с массовым распространением пьянства среди взрослых. В отношении наркотиков вред их употребления, как правило, подростками легко признается, опасность стать наркоманом также допускается. Большую часть подростков эта угроза удерживает от злоупотребления. Однако широкое распространение сведений о наркотиках может у другой части подростков пробудить к ним

нездоровый интерес, желание испробовать на себе их действие.

Еще бо́льшие трудности возникают в области санитарного просвещения в отношении ненаркотических токсических веществ. Среди многих подростков бытует представление, что «наркоманом от этого не станешь». С другой стороны, значительная часть подростков могут иметь весьма смутные представления или даже ничего о них не знать. Широкое недифференцированное санитарное просвещение на некоторых из таких подростков может оказать неблагоприятное влияние — побудить испробовать действие этих веществ на себе.

Предлагается информировать подростков лишь о том, что встречается в данном регионе, и раскрывать только вред для здоровья, лишение перспектив в спорте и выборе престижных профессий [Энтин Г. М., 1987]. Однако действенности такого подхода препятствуют упомянутое падение субъективной цены здоровья и саморазрушающее поведение. Опрос нескольких тысяч учащихся старших классов школ, профессионально-технических училищ и техникумов показал, что лишь 5—10 % подростков проявляют устойчивый интерес к спорту и ценят успехи в этой области, в то время как совре́менной музыкой увлекаются 50—60 % [Князев Ю. Н., 1988], а последняя вовсе не ставит никаких преград аддиктивному поведению.

Эффективность санитарного просвещения среди подростков самими наркологами была признана низкой. На Всесоюзном семинаре по проблемам подростковой наркологии его участники оценили как плохую и очень плохую эффективность антиалкогольной пропаганды в 63 %, деятельность обществ борьбы за трезвость — в 90 %, профилактику наркоманий и токсикоманий — в 58 % [Игонин А. Л., Сидоров П. И., 1988].

Одной из необходимых предпосылок санитарного просвещения является наличие достоверных сведений об информированности подростков и молодежи в области наркологических проблем. Подобные исследования в нашей стране весьма немногочисленны.

В. В. Гульдан и соавт. (1989) предложили оригинальный проективный метод в виде незаконченных рассказов для исследования информированности о наркотиках. Было установлено, что для 14-летних подростков, никогда не употреблявших никаких токсических веществ, главным источником информации в этой области являются телевидение и фильмы. Поэтому они лучше знают об опиатах, чем об ингалянтах, циклодоле и транквилизаторах, которыми злоупотребляют их сверстники. Среди них же бытует представление, что «наркоманом можно стать с одного раза».

Их же сверстники, склонные к злоупотреблению токсическими веществами, получают сведения в основном от своих

же приятелей или обладают собственным опытом. Они лучше знают об ингалянтах и других дурманящих веществах, которыми пользуются в их компаниях, чем об опиатах. Представления о развитии зависимости у них более реальные.

Как указывалось, существует точка зрения, что информация о наркотиках может вызвать нездоровый интерес к ним, способствовать распространению злоупотребления, поэтому санитарное просвещение в данной области должно быть ограничено группами высокого риска [Бабаян Э. А., 1988]. Однако, согласно Уголовному кодексу, строго караются незаконное приобретение, изготовление, хранение, перевозка и сбыт наркотических веществ, а также склонение других к их употреблению. Отсутствие сведений у населения, особенно в среде молодежи, о том, какие вещества законом признаются наркотиками, а какие к ним не отнесены, способно создать парадоксальную ситуацию — незнание того, за что следует нести уголовную ответственность. Как известно, эту ответственность несут лица с 16-летнего возраста. Поэтому представлялось целесообразным выяснить степень информированности о наркотиках в старшем подростковом (16—17 лет) и послеподростковом (18—19 лет) возрасте [Личко А. Е. и др., 1989]. Чтобы не вызвать «нездоровый интерес», исследование было проведено среди тех, кому в ближайшем будущем предстояло ознакомиться с действием наркотиков, а именно среди поступивших в медицинский институт в первые дни учебы — до того, как им были прочитаны информационные лекции по основам наркологии, введенные в начале учебы. В перечень для проверки знаний были включены только лекарственные наркотики. Было выяснено, что сведениями о принадлежности к наркотикам таких препаратов, как опий, морфин, героин (наименования, часто упоминаемые средствами массовой информации), располагают 80—90 % поступивших в медицинские институты. Зато другие препараты, названия которых не фигурируют в текстах, передаваемых средствами массовой информации (ноксирон, промедол, омнопон), были отнесены к наркотикам лишь в 5—10 %. В то же время 52 % считали наркотиком кофеин, 27 % — элениум, 23 % — седуксен (реланиум). Даже 17-летние выпускники медицинских училищ лишь в 38 % случаев знали, что наркотиком является омнопон и только в 11 % — ноксирон, притом что 10—15 % рассматривали как наркотики кофеин, седуксен, элениум, эуноктин. Последнее свидетельствует о существенных пробелах в подготовке по наркологии среднего медицинского персонала. Нельзя не предположить, что молодые медики могут служить источником дезинформации подростковой популяции.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА

Описаны 3 группы риска по генезу обусловливающего фактора: биологическая (например, наличие пре- и перинатальной патологии в анамнезе), психологическая (например, психический инфантилизм) и социальная (например, подростки из асоциальных семей). Эти группы выделяются именно с целью дифференцированной профилактики [Радченко А. Ф., 1989].

Лонгитудинальные исследования [Попов Ю. В., 1987], осуществленные, начиная с подросткового возраста на протяжении 5—15 лет, позволили, прежде всего, установить, что подростки, злоупотребляющие ингалянтами, оказались группой высокого риска развития хронического алкоголизма. К возрасту 23—32 лет у 37 % из них развился алкоголизм — как правило, II стадия болезни. В то же время у тех, кто в подростковом возрасте эпизодически употреблял алкоголь, но не прибегал к ингалянтам, хронический алкоголизм развился к 23 годам в 6 %, а к 32 годам — в 11 %.

Разработанные методы психологической диагностики позволяют выделить контингент повышенного риска развития алкоголизма при массовых обследованиях. Примером могут послужить шкала алкоголизма MMPI, шкала психологической склонности к алкоголизации патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков (см. стр. 85) и др.

Известными биологическими предпосылками служат отягощенная алкоголизмом наследственность, а также конституциональная недостаточность ферментных систем организма, расщепляющих алкоголь. Последним объясняют злокачественное развитие алкоголизма у некоторых народов Крайнего Севера — эскимосов, чукчей, ненцев, коряков, камчадалов и др. Указывается также, что приобретенным биологическим фактором, повышающим риск развития алкоголизма, является перенесенный гепатит [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984], ослабляющий детоксицирующие функции печени. Тщательный врачебный анамнез жизни (в виде интервью или заполнения подробных анкет) является одним из основных методов выявления биологических факторов высокого риска.

Социальные факторы повышенного риска выясняются из анамнеза жизни, а также из сведений о подростке, получаемых из различных источников. К ним относятся неблагополучная семья, неправильное воспитание, сведения о том, что подросток примыкает к компании алкоголизирующихся, злоупотребляющих дурманящими средствами или к тем неформальным группировкам, которые обусловливают этот риск.

Особенности профилактики раннего алкоголизма, отдельных видов наркоманий и токсикоманий излагаются в соответствующих главах.

Глава 8. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И АДМИНИСТРАТИВНЫЕ МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С РАННИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПОДРОСТКОВЫМИ НАРКОМАНИЯМИ И ТОКСИКОМАНИЯМИ

ВОЗРАСТ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Подростки до 14 лет уголовной ответственности не несут, какие бы правонарушения ими не совершались (статья 10 Уголовного кодекса РСФСР — в дальнейшем УК) [1]. При систематическом злоупотреблении алкоголем и другими ненаркотическими дурманящими веществами, при употреблении наркотиков, а также за совершение тех действий (или соучастия в них), за которые наказывают совершеннолетних, подростки младшего возраста по решению комиссии по делам несовершеннолетних при местных Советах народных депутатов могут быть направлены в специальные воспитательные интернаты.

Подростки в возрасте от 14 до 16 лет подлежат уголовной ответственности только за хищение наркотических средств (статья 224^1 УК), если это хищение совершается путем кражи, разбоя или грабежа.

За правонарушения, совершенные с момента исполнения 16 лет, подростки могут привлекаться к ответственности по всем статьям Уголовного кодекса.

ВОВЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ПЬЯНСТВО, УПОТРЕБЛЕНИЕ ДУРМАНЯЩИХ СРЕДСТВ И СКЛОНЕНИЕ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИКОВ

Наказание предусмотрено за вовлечение несовершеннолетних в пьянство (статья 210 УК — лишение свободы до 5 лет — здесь и далее указываются максимальные сроки наказания) или в немедицинское потребление лекарственных и других средств, влекущих одурманивание (статья 210^2 УК — то же наказание). Вовлечением, в отличие от склонения, называют повторные действия. Однократное спаивание несовершеннолетнего с доведением его до состояния опьянения наказуется лишь в том случае, если тот находился в служебной зависимости от совершеннолетнего, его спаивавшего (статья 210^1 УК — лишение свободы до 1 года).

---

[1] Здесь и далее цитируются статьи Уголовного кодекса РСФСР, принятого Верховным Советом РСФСР 27.10.69 г. Аналогичные статьи имеются в кодексах других союзных республик.

Склонение несовершеннолетних к употреблению наркотиков (т. е. даже однократное подобное действие) карается лишением свободы до 10 лет (статья 224^2 УК). Ответственность за склонение предусматривается с 16-летнего возраста. Поэтому 16-летний подросток, склонивший 15-летнего, может быть строго осужден, а 15-летний, склонивший 16-летнего, что вовсе не исключено в асоциальных компаниях, уголовной ответственности не несет. Под склонением подразумеваются не только уговоры и предложения, но и дача советов (Постановление Верховного суда СССР от 24.12.87 г.).

Вероятно, выявить и доказать вовлечение и склонение нелегко. В настоящее время за указанные правонарушения привлекаются довольно редко.

Если подросток до 16 лет употребляет наркотические вещества без назначения врача, то его родители могут быть оштрафованы в административном порядке до 30 р. (по решению комиссии по делам несовершеннолетних при местных Советах народных депутатов).

НЕЗАКОННОЕ ИЗГОТОВЛЕНИЕ, ПРИОБРЕТЕНИЕ, ХРАНЕНИЕ, ПЕРЕВОЗКА И ПЕРЕСЫЛКА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Если указанные действия совершаются без целей сбыта, то наказываются лишением свободы до 3 лет, а с целью сбыта — до 10 лет, а при отягчающих обстоятельствах (например, при крупных размерах наркотических веществ) — до 15 лет (статья 224 УК).

Однако если приобретение или хранение наркотических веществ (но не изготовление!) совершается без целей сбыта и в небольших размерах, то в первый раз предусмотрено лишь административное взыскание в виде штрафа до 100 р. (статья 44 Кодекса РСФСР об административных правонарушениях) и лишь при повторении в течение 1 года — лишением свободы до 2 лет (статья 224^3 УК).

Какие размеры наркотических средств следует рассматривать как крупные и какие как небольшие определены заключением Постоянного комитета по контролю за наркотиками при Министерстве здравоохранения СССР (№ 9, 25.11.87 г.). Эти размеры представлены в табл. 2.

Наказуемым является также действие, когда обманным путем под видом наркотика сбывается внешне похожее на него иное ненаркотическое вещество. В этом случае сбывающий наказывается за мошенничество лишением свободы до 2 лет со штрафом до 400 р. (статья 147 УК), а приобретающий — за

ТАБЛИЦА 2

Определение небольших и крупных размеров наркотических средств

Наркотические средства	Небольшие размеры (до)	Крупные размеры (от)
Опиаты		
Опий-сырец	0,5 г	50 г
Соломка маковая, кокнар (коробочки и стебли мака)	10 г	2 кг
Морфин	3 ампулы 1 % раствора	250 ампул 1 % раствора
Промедол	То же	300 ампул 1 % раствора
Омнопон	»	То же
Героин	0,015 г	1,1 г
Кодеин	12 таблеток по 0,015 г	660 таблеток по 0,015
Каннабиноиды		
Марихуана (высушенные цветущие верхушки и листья верхней части конопли)	5 г	500 г
Гашиш (смесь пыльцы из цветущих верхушек конопли в виде порошка, пасты и т. п.)	1 г	300 г
Гашишное масло	0,5 г	50 г
Смола из цветущих верхушек конопли (отличается от масла тем, что более жидкая)	0,4 г	100 г
Тетрагидроканнабиолы	0,05 г	5 г
Стимуляторы		
Фенамин	0,05 г	3 г
Фентанил	4 ампулы 0,005 % раствора	20 ампул 0,005 % раствора
Эфедрин	0,03 г	3 г
Первитин	0,03 г	1,5 г
Другие наркотики		
Ноксирон	0,5 г	25 г
Кокаин	0,02 г	1 г
Сомбревин	1 ампула 5 % раствора	10 ампул 5 % раствора

«покушение на преступление» (статья 15 УК) в виде приобретения наркотических средств (статья 224 УК).

Разъяснено, что под незаконным сбытом наркотических средств подразумевается не только продажа, но и обмен, дарение, уплата долга, дача взаймы и даже сами инъекции наркотика другому лицу. Под приобретением понимаются также не только покупка, получение в обмен, в долг и т. п., но и сбор

дикорастущей конопли и мака и остатков неохраняемых посевов после их уборки (Постановление Верховного суда СССР от 24.12.87 г.).

Посев и выращивание запрещенных к возделыванию опийного мака и сортов конопли, богатых тетрагидроканнабиолом (индийская конопля, южные сорта манчжурской, чуйской, архонской и краснодарской конопли) наказываются лишением свободы до 5 лет (статья 225 УК). Незаконные (без соответствующего разрешения властей) посев и выращивание масличного мака и других сортов конопли подлежат уголовному наказанию только в том случае, если это свершается повторно в течение 1 года, а в первый раз наказывается штрафом до 100 р. (статья 99 Кодекса РСФСР об административных правонарушениях). При повторном посеве же в течение 1 года — лишением свободы до 3 лет (статья 225[1] УК), но при отягчающих обстоятельствах наказание может быть увеличено до 8 лет лишения свободы.

Незаконное изготовление, приобретение, хранение и перевозка сильнодействующих и ядовитых веществ, но не признанных наркотиками, наказываются только в том случае, если это совершается с целью сбыта — лишением свободы до 3 лет (статья 226[2] УК).

Организация и содержание притонов для потребления наркотиков или предоставление помещений для тех же целей наказываются лишением свободы до 10 лет (статья 226[1] УК), даже если при этом не преследуются корыстные цели. Отличие «притона» от «предоставляемого помещения» усматривается лишь в том, что притоном называют помещение, используемое в указанных целях не менее 2 раз.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ОПЬЯНЕНИИ И УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ

Состояние опьянения (вид опьянения не указывается) не освобождает от уголовной ответственности за совершенное во время него преступление (статья 12 УК). Опьянение может рассматриваться судом как обстоятельство, отягчающее ответственность (статья 39 УК).

ЛИШЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ

Лишение родительских прав производится только судом. Основанием служит уклонение родителей от выполнения обязанностей по воспитанию детей или жестокое обращение с ними, а также если родители оказывают вредное влияние своим аморальным или антиобщественным поведением. Основанием может

служить также хронический алкоголизм или наркомания у родителей (статья 59 Кодекса о браке и семье РСФСР, принятого Верховным Советом РСФСР 30.07.69 г.).

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ И ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ

Организация лечения больных наркоманиями предусмотрена Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 29.07.87 г.

Больные наркоманией обязаны проходить лечение в учреждениях органов здравоохранения. Уклоняющиеся от лечения по решению народного суда в возрасте от 16 до 18 лет направляются в лечебно-воспитательные профилактории. Срок пребывания устанавливает суд — от 6 мес до 2 лет. До 16 лет лечение может проводиться только в наркологических стационарах.

Досрочное освобождение из профилактория возможно при возникновении тяжелого заболевания, препятствующего пребыванию в нем, но оно также осуществляется только по решению суда.

Страдающие хроническими душевными болезнями и тяжелыми заболеваниями (перечень которых утверждается Министерством здравоохранения союзной республики) не подлежит направлению в профилакторий.

Наркоманы в возрасте с 16 до 18 лет, совершившие уголовное преступление, по направлению суда помещаются не в лечебно-воспитательный профилакторий, а в специальные медицинские учреждения с особым режимом для принудительного лечения от наркомании. Эта же мера применяется, если приговор за совершенное преступление не предусматривает лишения свободы или после освобождения при необходимости продолжать лечение. При отсутствии специальных медицинских учреждений лечение проводится в самих местах лишения свободы, если же приговор не предусматривает его, то в наркологических стационарах.

Срок принудительного лечения во всех этих случаях судом не устанавливается. Его продолжительность определяется медицинскими учреждениями, где проводится лечение, но прекращается оно только по решению суда.

Медицинское освидетельствование лиц, в отношении которых имеются достаточные данные полагать, что они потребляют наркотические средства в немедицинских целях, является обязательным. При отказе от освидетельствования они могут быть принудительно госпитализированы на срок до 10 сут (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 22.06.87 г.).

Часть II. ЧАСТНАЯ ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ

Глава 9. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ И РАННИЙ (ПОДРОСТКОВЫЙ) АЛКОГОЛИЗМ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

Ранней алкоголизацией, т. е. злоупотреблением алкоголя без признаков зависимости от него, было предложено считать знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и регулярное его употребление в более старшем возрасте [Личко А. Е., 1979, 1983].

Степень злоупотребления оценивают по специальным показателям — по частоте выпивок и количеству выпитого, а также по возникающим вследствие этого социально-психологическим проблемам [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984].

Ранняя алкоголизация является одной из форм нарушения поведения у подростков — обычно она идет рука об руку с уклонением от учебы и работы, с делинквентностью, уходами из дома, а иногда и со злоупотреблением другими дурманящими веществами.

Ранний (подростковый) алкоголизм включает формирование признаков хотя бы I стадии в возрасте до 18 лет. В зарубежной литературе встречаются иные определения «раннего» алкоголизма — к нему относят все случаи в возрасте до 25 лет [Parella D., Filstead W., 1988].

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АЛКОГОЛЮ

Считается, что у взрослых [Морозов Г. В., 1983] содержание алкоголя в крови до 0,3 г/л (т. е. 0,3 ‰) не оказывает никакого опьяняющего действия. В норме у здорового непьющего человека в крови содержится от 0,05 до 0,2 г/л этилового спирта («эндогенный алкоголь»), т. е. 0,05—0,2 ‰ [Скопин И. В., 1959]. Легкая степень опьянения наступает при концентрации алкоголя в крови от 0,5 до 1,5 г/л (0,5—1,5 ‰), средняя—при 1,5—2,5 г/л, тяжелая (с глубоким оглушением, сопором и комой) — при 3—5 г/л, а содержание, равное 6—8 г/л, грозит смертельным исходом [Морозов Г. В., 1983].

Точных сведений об особенностях чувствительности подростков к алкоголю в отечественной литературе еще не опубликовано. Распространено суждение, что в младшем подростковом возрасте (до 14 лет) чувствительность высока, и даже от небольших доз алкоголя может наступить тяжелое опьянение. В среднем и старшем подростковом возрасте порог опьянения весьма индивидуален. При определении концентрации алкоголя в крови у подростков в состоянии алкогольной комы был установлен довольно значительный разброс — от 2,2 до 6,6 г/л [Садовникова Л. Д. и др., 1984]. Чувствительность к алкоголю может быть повышена у инфантильных и физически ослабленных подростков, при резидуальном органическом поражении головного мозга, а также у перенесших гепатит.

В США для подростков принята следующая схема оценки тяжести опьянения [Milgram G., Griffint T., 1986]:

0,3 ‰ (0,3 г/л) — легкая эйфория и релаксация;
0,6 ‰ (0,6 г/л) — легкое оглушение, замедленные ответы, смазанная речь;
0,9 ‰ (0,9 г/л) — нарушение самоконтроля, затруднение суждений;
1,2 ‰ (1,2 г/л) — неясная речь, нарушение координации.

КАРТИНА ОПЬЯНЕНИЯ

Для подросткового возраста характерными считаются атипичные формы опьянения, которые возникают вдвое чаще, чем у взрослых [Буторина Н. Е., 1986]. Отчасти такое впечатление может складываться на основании обследования не общей популяции подростков, а тех, кто попал под наблюдение нарколога. Тем не менее первые в жизни опьянения нередко сопряжены с неприятными ощущениями и выраженными вегетативными реакциями (чувство дискомфорта, тошнота, рвота, головная боль). Выраженная эйфория, свойственная обычному («простому») опьянению у взрослых, возникает как правило, при повторных выпивках.

Простое (эйфорическое) алкогольное опьянение проявляется подъемом настроения, стремлением к контакту со сверстниками, способностью легко отвлечься от неприятных переживаний. Подростков отличают от взрослых большая активность, эмоциональная лабильность и выраженные вегетативные реакции. Повышение активности не ограничивается внутригрупповым общением, нередко подростки стремятся на улицу, на глаза знакомых и незнакомых людей, в общественные места и даже именно туда, где появление в нетрезвом виде грозит наказанием. Часто ищут встреч с подростками из других группировок (с другого двора, улицы, района), при этом проявляя либо демонстративные миролюбие и дружественность, либо, что чаще, задиристость и драчливость.

Эмоциональная лабильность выражается легкостью перехода от безудержного веселья к раздражительности, конфликтности, обидчивости, придирчивости и гневливости. Вегетативные реакции сводятся в основном к тахикардии, колебаниям артериального давления. Гиперемия лица может сменяться бледностью. Легко возникают тошнота и рвота, за которыми обычно следуют головная боль, общая слабость и сон.

Выраженное опьянение отличается от более легкой его степени гораздо менее целенаправленными действиями, большей их импульсивностью, отсутствием какой-либо программы поведения. Эмоциональные проявления более тусклы. Общение ограничивается пределами своей группы. При этом выявляется отчетливая неврологическая симптоматика — дизартрии, ослабление реакции зрачков на свет, пошатывание при ходьбе, промахивание при выполнении пальце-носовой пробы [Бабаян Э. А., Посохов В. В., 1980].

Рвота, освобождая от части алкоголя, предотвращает более тяжелые степени опьянения. При передозировке, несмотря на защитный рвотный рефлекс, могут развиться глубокое оглушение, сопор и кома.

Атипичное дисфорическое опьянение характерно тем, что вместо эйфории настроение становится злобно-тоскливым со стремлением «разрядиться» на окружающих. Ломают попавшиеся под руку вещи, бьют стекла и посуду. В этом состоянии бранятся, затевают драки, не переносят замечаний в свой адрес, задевают других. Нанося побои, приходят в ярость, не способны остановиться, не рассчитывают силы ударов, бьют, чем попало и куда попало. В первую очередь объектом агрессии становятся те, кто ранее вызывал затаенную ненависть, неприязнь или зависть. Но при отсутствии таковых в поле зрения агрессия легко может обратиться на первых встречных и даже на приятелей, как на тех, кем вообще привыкли помыкать, так и на тех, кто от опьяневшего подростка независим. Возможна также аутоагрессия — наносят себе порезы на предплечье, на груди. Реже бывают аффективные суицидные действия.

Сексуальная агрессия при этом типе опьянения встречается реже, но тогда бывает окрашена садизмом, иногда изощренным унижением объекта нападения.

Атипичное депрессивное опьянение выражается плачем, жалобными причитаниями, самоупреками и самобичеванием, высказываниями о мрачной безысходности своего положения, собственной неполноценности или несправедливости со стороны окружающих. Часто не могут объяснить причину своего отчаяния или же упоминают действительно имевшие место в прошлом проступки или тягостные ситуации, которые возводятся теперь в степень непереносимого горя.

Реже, при более легкой степени опьянения, депрессивные переживания таятся про себя, и лишь убитый, мрачный вид, немногословие и малоподвижность свидетельствуют о данном типе опьянения. Подобные состояния опасны суицидными попытками, которые могут быть серьезными и неожиданными для окружающих.

Атипичное истерическое опьянение проявляется, прежде всего, бурной экспрессией (громкая речь, патетические интонации, утрированная мимика, выразительные позы и телодвижения). Опьяневший подросток перед окружающими разыгрывает спектакль, содержание которого задано целью привлечь к себе внимание — то как к несчастному, страдающему, всеми гонимому, несправедливо обиженному, то как к наделенному выдающимися талантами и способностями и принадлежащему к избранному престижному кругу, то как к непонятому и неоцененному «человеческой мелюзгой», то как к пораженному таинственной болезнью, одной ногой стоящему в могиле, и т. п.

Выраженное опьянение может завершаться типичным истерическим припадком. Подобные припадки в трезвом состоянии в нашу эпоху патоморфоза истерии редко встречаются у подростков.

При небольших дозах алкоголя дело может ограничиваться бравадой, вызывающим поведением в общественных местах с целью обратить на себя всеобщее внимание, пусть раздраженное и негодующее у старших, но зато с надеждой на восхищение удалью у сверстников.

Атипичное опьянение с импульсивными поступками встречается довольно редко. На фоне относительно легкого опьянения, но без выраженной эйфории или заметного для окружающих изменения поведения внезапно совершается какой-либо импульсивный поступок — агрессия или аутоагрессия, сексуальные действия или что-либо другое, на что в трезвом состоянии данный подросток был бы неспособен. Например, выпивший в компании приятелей небольшую дозу водки подросток внезапно схватил лежавший неподалеку кухонный нож и глубоко разрезал себе предплечье. Поступка впоследствии объяснить не мог — никаких ссор или обид не было. Другой подросток, будучи в легком опьянении, отойдя от своих приятелей, увидел развешанное на просушку женское белье, внезапно обнажился и стал натягивать это белье на себя. Третий в подобном же состоянии влез на высотный кран и там уснул. Четвертый, увидев на витрине магазина пирамиду банок со сгущенным молоком, разбил стекло и взял себе одну из этих банок. Все эти подростки, как правило, помнили о совершенных поступках, хотя у двоих из них какой-то момент выпал из памяти.

После совершенных импульсивных актов характерна «заторможенность без астении» [Пятов М. Д., Шумский Н. Г., 1983].

У взрослых данный вариант опьянения наблюдается, как правило, у больных шизофренией [Морозов Г. В., 1983]. В приведенных нами наблюдениях 10—15-летний катамнез манифестации шизофрении не обнаружил.

А т и п и ч н о е с о м н о л е н т н о е о п ь я н е н и е сводится к тому, что фаза расторможенности и эйфории, считающаяся I стадией алкогольной интоксикации, мимолетна или вовсе не выражена. Вегетативные реакции также минимальны, рвота отсутствует. Вскоре после приема алкоголя появляется сонливость, а затем сон, который при большой дозе переходит в сопор и кому. Видимо, у подростков, особенно у астеничных и ослабленных, этот тип опьянения встречается чаще, чем у взрослых.

А т и п и ч н о е г е б е ф р е н о п о д о б н о е о п ь я н е н и е проявляется двигательным возбуждением с кривлянием, паясничанием, гримасами, нелепым хохотом, сумбурными выкриками, размашистыми жестами. При этом координация движений нарушена незначительно. Иногда растормаживается сексуальное влечение — демонстративно обнажаются, хватают за гениталии окружающих без разбора пола и возраста. Данный тип опьянения встречается довольно редко.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ

Патологическое опьянение представляет собой острый транзиторный психоз, спровоцированный приемом алкоголя. Развивается картина сумеречного состояния или острого параноида. У взрослых наблюдается редко — около 0,5 % судебно-психиатрических экспертиз, по данным Г. В. Морозова и соавт. (1976). У подростков встречается как казуистическая редкость.

Главными признаками являются внезапное начало, отрешенный от окружающего вид, сохранность координации движений с возможностью совершать требующие навыков и даже ловкости действия. Поэтому на окружающих не производят впечатление опьяневших, а лишь слегка выпивших. Речь отличается лаконичностью, произносят короткие фразы или отдельные слова, иногда повторяют одно и то же. В контакт вступить не удается. На обращения не реагируют или смотрят с недоумением на обратившегося. Поэтому никакие совместные с другими поступки невозможны, все действия совершаются в одиночку. Психотический эпизод обычно также внезапно обрывается, как начался (порой засыпают в самом неподходящем месте), или сменяется состоянием прострации, вялости, безучастности к происходящему, а также убеждением своей непричастности к тому, что произошло и что они совершили.

Амнезия может быть полной и охватывать весь период транзиторного психоза, но иногда из памяти могут выпадать только отдельные отрезки времени или, наоборот, сохраняются отрывочные воспоминания. Последние похожи на сновидения—сразу после перенесенного психоза они свежи в памяти и даже ярко предстают перед глазами, но впоследствии о них забывают.

Патологическому опьянению способствуют «органический фон» (перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы и мозговые инфекции), психопатия и акцентуация характера эпилептоидного типа, а также предшествующее переутомление и недосыпание [Морозов Г. В., 1983]. Причиной бывает употребление относительно небольшого количества, но крепких алкогольных напитков. Наблюдавшиеся нами случаи были результатом первого в жизни употребления водки или самогона, до этого подростки пили только пиво и слабое вино.

Сумеречное патологическое опьянение проявляется тем, что больной куда-то стремится, от кого-то убегает, проявляет агрессию, жестокую и бессмысленную в отношении, казалось бы, ничем не угрожавших ему объектов. Лицо бледное, зрачки расширены, но походка твердая. Все совершается молча или с отрывочными злобными репликами. В этих состояниях крайне опасны для окружающих и самих себя.

16-летний подросток в летнем трудовом лагере впервые выпил со сверстниками около 200 г водки. По их словам, сперва молчал и был незаметен, а потом куда-то вышел. Через несколько часов был найден спящим в другом доме на чердаке, куда мог влезть только по приставной лестнице. Лежал, весь покрытый кровью. Рядом были окровавленный садовый нож и труп кошки с отрезанной головой. Разбуженный недоуменно оглядывался, не сразу узнал приятелей. Не помнил, как выпивал, как попал на чердак, не понимал, почему он окровавлен и как оказалась рядом зарезанная кошка. В анамнезе черепно-мозговая травма с потерей сознания.

Параноидное патологическое опьянение отличается внезапным, как озарение, появившимся бредовым толкованием происходящего вокруг. С этим могут быть связаны иллюзии, реже возникают истинные галлюцинации. Содержание переживаний может отражать ранее пережитое, виденное или от кого-то слышанное [Качаев А. К., 1977]. Приведем ранее опубликованное нами наблюдение [Личко А. Е., 1985].

16-летний подросток вырос в сельской местности крепким и здоровым. В 8 лет была черепно-мозговая травма (упал с качелей) с последующей рвотой и головными болями. С 15 лет учится в ПТУ, на хорошем счету, староста группы, физически развит, занимался боксом. Склонен к аккуратности и порядку, «держал группу в руках». За неделю до происшедшего был увлечен передававшимся по телевидению многосерийным фильмом о советском разведчике. Раздумывал над этим фильмом, мечтал сам служить в разведке. В день происшедшего поехал за город к приятелю, которого провожали на службу в армию. Впервые в жизни выпил сразу около 200 г водки и бокал шампанского (до этого пил только пиво или вино — сильного опьянения никогда не испытывал). По его словам, какой-то период полно-

стью выпал из памяти («как отрубился»). Очнулся в электропоезде — один ехал домой. Обратил внимание на соседнего пассажира. Показалось, что тот ведет себя как-то странно: то глядит в окно, то в лежащую на коленях большую книгу («как атлас») и делает необычные движения руками (подумал, что подает кому-то знаки). Решил, что перед ним шпион, которого он должен задержать (в действительности это оказался музыкант из симфонического оркестра, в дороге просматривавший ноты). Напряженно следил за ним. Когда поезд остановился на какой-то станции, не доезжая до города, этот пассажир неожиданно быстро устремился к выходу из вагона. Бросился за ним, выхватил из кармана перочинный нож и ударил лезвием в ягодицу преследуемого («чтобы не убить, а задержать!»). Нанес поверхностную колотую рану. Дальнейшее опять помнит плохо. Не пытался убежать, хотя смог бы это сделать. Послушно пошел с пострадавшим и двумя пожилыми пассажирами в милицию. Там был необычно бледен, жаловался на нестерпимую головную боль. По его словам, уже в милиции понял, что «совершил идиотскую глупость». Заявил, что готов отвечать за содеянное.

При обследовании в психиатрической клинике обнаружил полную критику к происшедшему. На ЭЭГ были выявлены признаки умеренного диффузного поражения мозга, без пароксизмальной активности.

По данным катамнеза в течение последующих 2 лет никаких нарушений отмечено не было. Повторные выпивки вызывали обычные состояния опьянения. В 19 лет был призван в армию.

ОСОБЕННОСТИ ОПЬЯНЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И ПСИХОПАТИЙ

Гипертимные, циклоидные и неустойчивые подростки довольно легко начинают выпивать в компаниях. Предпочитают неглубокие степени опьянения с подъемом настроения, общительностью, развлечениями. Эйфорическое опьянение им наиболее свойственно [Личко А. Е., 1983]. Циклоиды в субдепрессивной фазе чаще избегают спиртного. Алкоголь в эти периоды лишь углубляет депрессию и не вызывает релаксации.

Эмоционально-лабильные подростки не склонны к выпивкам. Выпивают они чаще всего под влиянием группы сверстников. Для них характерно простое эйфорическое опьянение, но оно может осложняться бурными вегетативными реакциями (рвотой, дурнотой и т. п.), так как толерантность нередко невысока. Если же приему алкоголя предшествуют спад настроения, неприятности, тяжкие переживания, то реакция может быть двоякой, и какая из них наступит в тот или иной момент, трудно предсказать. В одних случаях уныние сменяется оживлением, эйфорией, забвением неприятностей, благодушием, общительностью. В других случаях наступает атипичное депрессивное опьянение, со слезами и причитаниями. Впрочем, от незначительного повода или без видимой причины один вид опьянения может смениться другим.

При эпилептоидном типе акцентуации характера и психопатии чаще других возникает атипичное дисфорическое опьянение со злобностью, агрессией, разрушительными действиями, нане-

5 Заказ № 745

сением побоев другим и самоповреждениями, а также с грубой сексуальностью. Подобное опьянение встречается даже при латентной акцентуации по эпилептоидному типу [Личко А. Е., 1983] на фоне вполне удовлетворительной социальной адаптации и безупречной репутации среди старших (так называемые гиперсоциальные эпилептоиды).

У эпилептоидных подростков при первых же опьянениях может пробудиться потребность «пить от отключения». Предпочитаются водка и другие крепкие напитки. В опьянении у них нередко возникают палимпсесты (см. стр. 147).

У шизоидов опьянение обычно не вызывает выраженной эйфории, но атипичные опьянения тоже не характерны. От небольших доз алкоголя они становятся общительнее, контактнее, способны раскрывать некоторые из своих переживаний. Алкоголь может у них становиться средством «коммуникативного допинга» [Личко А. Е., 1983] — они выпивают для того, чтобы было легче вступить в контакт со сверстниками.

Сенситивные подростки чаще избегают спиртные напитки. Опьянения у них нередко бывают атипичными депрессивными.

Истероиды в опьянении начинают ярко проявлять свою претенциозность и демонстративность. Атипичные истерические опьянения наиболее характерны. В компаниях могут стараться доказать всем свою выносливость к алкоголю, возможность «всех перепить» и невольно достигают тяжелых опьянений.

При конституциональных психопатиях картина опьянений также в значительной мере зависит от типа, что может проявляться еще более отчетливо, чем при соответствующих типах акцентуации характера.

При органических психопатиях толерантность к алкоголю обычно снижена. Особенно она невелика у неустойчивого типа этих психопатий [Личко А. Е., 1983]. От небольшого количества выпитого возникают плохое самочувствие, повторные рвоты, головные боли, слезливость или гневливость. Но, несмотря на это, выпивки склонны повторять. При эпилептоидном типе органических психопатий изначальная толерантность выше, и чаще возникает атипичное дисфорическое опьянение. Сходные особенности опьянений описаны при дебильности у подростков [Буторина Н. Е., 1982].

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ НА МАЛЫЕ ДОЗЫ АЛКОГОЛЯ

От малых доз алкоголя (до 20 г абсолютного спирта) опьянение у подростков может возникать либо в случае низкой толерантности, связанной, например, с резидуальным органическим поражением головного мозга, заболеваниями печени, конституциональными особенностями, либо под влиянием дополнитель-

ных вредностей (жара́, загорание на солнце, прием алкоголя в газированных углекислотой напитках, нарочитое добавление транквилизаторов).

Можно встретить следующие особенности реакций на малые дозы алкоголя:

1) быстро наступившее и скоропроходящее простое эйфорическое опьянение, длящееся полчаса — час;

2) бурная вегетативная реакция с рвотой без заметных изменений поведения или помрачения сознания;

3) скоропроходящее атипичное опьянение с импульсивными поступками — обычно вслед за ними наступает протрезвление;

4) внезапная сомнолентная реакция с коротким сном (около получаса), но если к алкоголю были добавлены транквилизаторы, то сон может быть более продолжительным;

5) патологическое опьянение сумеречного или параноидного типа, которое встречается очень редко.

ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ БЕЗ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ («ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ» У ПОДРОСТКОВ)

ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Для определения пользуются методами интервью, анкетирования или косвенной оценки. Примером последней может служить шкала психологической склонности к алкоголизации патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков [Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1981]. Открытое интервью у части подростков не располагает к откровенности. При анонимном анкетировании возможно также искажение истинного отношения — преувеличение своей алкоголизации из озорства или бравады, так как из опыта социопсихологических исследований известно, что анонимность может подталкивать к ним некоторых подростков.

Таким образом, между данными интервью и анонимного анкетирования возможны существенные расхождения. Например, в сельских профессионально-технических училищах подростки мужского пола в зависимости от возраста объявили себя трезвенниками, по данным интервью, в 23—27 %, а по данным анонимного анкетирования — только в 5—15 % [Дробышев В. В., 1988].

Использование ПДО имеет то преимущество, что сам опросник представляется для подростка методом определения типа его характера, а отношение к спиртным напиткам — одним из 25 заданий, представленных с этой целью. Видимо, это предрасполагает к более правдивым ответам. Среди девочек — уча-

щихся ПТУ — в возрасте 15 лет при анонимном анкетировании трезвенницами объявили себя 50 %, а по данным упомянутой шкалы ПДО, отрицательное отношение выявлено только у 31 %.

В целом проведенные исследования, независимо от метода, показывают, что учащиеся ПТУ являются гораздо более угрожаемым контингентом, чем ученики старших классов школы. От 15 к 17 годам среди подростков мужского пола происходит существенное изменение отношения к спиртным напиткам. По данным ПДО, в профессионально-технических училищах отрицательное отношение обнаружено у 48 % учащихся на 1-м курсе, у 30 % — на 2-м и лишь у 16 % — на 3-м [Воротилина Т. А., 1983]. Среди девочек в возрасте 15—17 лет процент отрицательно относящихся к алкоголю остается более высоким, чем среди мальчиков того же возраста [Воскресенский М. Ф., Челышев Л. А., 1982; Кочеткова Р. В., 1984].

Происходил также определенный эпохальный рост интенсивности алкоголизации подростков мужского пола. Употребляемые на одну выпивку дозы алкоголя (в пересчете на водку) в 1977 г. в среднем составили 185 мл, а в 1985 г. — 265 мл [Макаров В. В. и др., 1988].

Существенную роль в отношении подростка к спиртным напиткам играет семья [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984; Булотайте Л. И., Дембинскас А. А., 1987]. Особенно способствуют интересу к алкоголю регулярные выпивки в семье, но когда пьянство родителей еще не ведет к снижению их социального положения. Тяжелый алкоголизм отца, приводящий к его социальной дезадаптации и помещению в лечебно-трудовой профилакторий, способствует формированию у подростков 14—16 лет отрицательного отношения к алкоголю, которое, однако, к 18-летнему возрасту заметно слабеет [Булотайте Л. И., 1987]. У большинства подростков из непьющих семей отношение к алкоголю остается неопределенным, возможно, вследствие отсутствия «опыта» [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984]. Однако подобная неопределенность делает подростков особенно податливыми неблагоприятному влиянию сверстников.

МОТИВАЦИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Всякого рода опросы выясняют не столько мотивацию, т. е. то, что побуждает к употреблению (интерес, потребность, влечение, установка и т. п.), сколько мотивировку (т. е. объяснение или оправдание, которое дает сам подросток). Как указывалось (см. стр. 52), мотивировка может не совпадать с действительной мотивацией и даже намеренно ее маскировать.

Мотивация первоначального употребления алкоголя и последующего злоупотребления бывает различной. В качестве первой чаще всего приводится «реакция имитации», «реакция группи-

рования со сверстниками» [Личко А. Е., 1971]. Предметом подражания становятся выпивки других членов группы, семьи, старших, отдельных «значимых» сверстников, кумиров подростковой моды, а также подспудная пропаганда алкоголя средствами массовой информации, особенно зрительной — сцены выпивок, застолий, тостов в теле- и кинофильмах.

Реакция группирования со сверстниками дает себя знать фактором конформности с группой — желанием быть «как все», стремлением, чтобы «признали своим». Строго говоря, выбирается не алкоголь, а компания сверстников [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984]. В пьющую компанию тянет подростков, не имеющих или утративших перспективы в жизни [Нелидов А. Л., 1978], или жаждущих вырваться из-под опеки старших в силу реакции эмансипации [Личко А. Е., 1971].

В качестве одного из факторов приводится любопытство — желание познать неизведанное, пережить необычно веселое настроение [Кондрашенко В. Т., 1988].

Регулярное злоупотребление может также в качестве мотивации иметь реакцию группирования со сверстниками («не отставать от своих») или имитировать поведение старших, но постепенно все более проявляется действие нового фактора — желания поднять настроение, облегчить контакты со сверстниками, в особенности эмоциональные [Обросов И. Ф., Свистунов В. Д., 1980], «не переживать», т. е. не думать о неудачах и неприятностях и не страшиться предстоящих трудностей.

В качестве причины выпивок 14 % подростков женского пола привели довод, что умеренные дозы алкоголя «полезны для здоровья» [Кошкина Е. А. и др., 1988]. Вряд ли это служит истинной мотивацией, хотя подобные суждения в прошедшие времена были широко распространены в населении и даже разделялись некоторыми врачами.

На I стадии алкоголизма ведущим мотивом становится жажда эйфории или сходных необычных ощущений. На II стадии к этому присоединяется компульсивное влечение, связанное с физической зависимостью от алкоголя.

П. И. Сидоров (1977) попытался систематизировать «механизмы алкоголизации» у подростков в виде следующей схемы: «индукция» (влияние группы сверстников), «стимуляция» (жажда ощущения подъема, бодрости при астении вследствие регулярных выпивок), «деформация» (следствие несформировавшихся жизненных установок, отсутствия увлечений) и «срыв реактивности» (падение сопротивления организма действию алкоголя — от утраты рвотного рефлекса до амнестических опьянений и физической зависимости).

По мнению И. Г. Уракова и И. Б. Власовой (1982), смена мотивов происходит в зависимости от возраста подростков: до 12 лет — подражание членам семьи, в 13—14 лет — «протест»

семье и старшим, в 14—15 лет — выступает реакция эмансипации и имитации поведения сверстников, в 15—16 лет начинают более сказываться питейные традиции.

Тип акцентуации характера и тип психопатии оказывают существенное влияние на мотивацию употребления алкоголя, как первоначальную, так и последующую регулярную [Личко А. Е., 1985].

При неустойчивом типе мотивом служит поиск легких развлечений, удовольствия, бездумного времяпрепровождения, поэтому предпочитаются неглубокие эйфоризирующие степени опьянения и вино обычно привлекает больше, чем водка и другие крепкие напитки. Мотивировкой предпочтения служит довод, что «водка — невкусная» или гораздо реже более точный — «водка слишком быстро валит». Поиск веселого времяпрепровождения в своей компании легко становится причиной частых выпивок.

При гипертимной акцентуации побудительными мотивами нередко становятся безделье, отсутствие занятий, способных вызвать интерес, невозможность дать выход кипящей энергии (выпивки «от нечего делать»). К этому могут добавиться бравада перед сверстниками и постоянное желание лидировать в их компаниях.

При эпилептоидной акцентуации опьянения обычно не дают легкой и приятной эйфории или она бывает мимолетной. При хорошей социальной адаптации так называемые гиперсоциальные эпилептоиды могут не только воздерживаться от выпивок, но и выступать в роли воинствующих трезвенников, пользоваться благосклонным поощрением воспитателей, но на деле, вызывая у сверстников неприязнь, отнюдь не способствуют антиалкогольным установкам. Мотивом первых выпивок может стать желание «разрядиться» — излить на других и даже на самого себя накопившуюся злобу. Субъективное ощущение «облегчения» провоцирует в дальнейшем стремление напиваться до «отключения» (до «отруба» на сленге делинквентных подростков). В итоге быстро возникает психическая зависимость, которая становится причиной пьянства эпилептоидных подростков.

При истероидной акцентуации ее главные черты — претенциозность и демонстративность, жажда внимания к себе со стороны сверстников, выделиться в «своей» группе — оказываются ведущим мотивом начала алкоголизации. Выступает склонность преувеличивать степень опьянения и количество выпитого, появляться нетрезвым в общественных местах, перед родными и знакомыми. В компании сверстников во время выпивок претендуют на способность «всех перепить». Но по мере повторения выпивок все более важным становится мотив релаксации—«забыть» о неприятностях, потешить себя мечтами об исполнении несбыточных желаний.

При акцентуации по эмоционально-лабильному типу важнейшим мотивом первых выпивок обычно служит поиск эмоциональных контактов в компании сверстников, жажда благожелательного теплого отношения, «понимания» своих переживаний приятелями. Особенно сильным этот стимул становится в случае эмоционального отвержения в семье. По мере повторения выпивок более отчетливо выступает желание поднять настроение, отрешиться от неприятностей, повеселиться. В силу этого довольно высоким становится риск психической зависимости [Строгонов Ю. А., 1983].

Циклоиды обычно склонны к выпивкам только в периоды подъема настроения, когда они ведут себя как гипертимы. В субдепрессивных фазах алкоголь обычно не повышает настроения, чаще даже опьянения протекают по депрессивному типу, и поэтому прием алкоголя для купирования депрессий не типичен.

Для шизоидов наиболее важный мотив выпивок — использование алкоголя как своеобразного «коммуникативного допинга» [Личко А. Е., 1983] — способа облегчения контактов со сверстниками, особенно неформальных, эмоциональных, для устранения чувства неловкости и робости. Поэтому небольшие дозы алкоголя могут употребляться в одиночку, перед ситуацией, когда требуется проявить общительность.

Конформный тип акцентуации предрасполагает к легкому усвоению алкогольных стереотипов ближайшего окружения. Среди приятелей надо быть, «как все», не отставать от других и не выделяться.

Сенситивным и психастеническим подросткам выпивки в подростковом возрасте вообще не свойственны. Даже в пьющей семье или окруженные выпивающими ровесниками они не обнаруживают тяготения к алкоголю.

В заключение можно привести наиболее частые оценки своего отношения к спиртным напиткам у подростков при разных типах акцентуации характера, судя по данным обследования с помощью ПДО [Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1981]. Приведенные данные позволяют судить о предпочтительной мотивировке как употребления алкоголя, так и отказа от него, т. е. о мотивировке трезвенности (табл. 3).

В табл. 3 прочерк означает, что в отношении данного выбора высокая достоверность отличия от общей популяции (на уровне $p<0{,}005$) ни при одном типе акцентуации не установлена. Сумма процентов в графах 2 и 4 больше 100, так как в соответствии с методикой обследования каждый подросток мог делать до трех выборов (процент — от общего числа обследованных).

Данные этой таблицы свидетельствуют, что мотивировка выпивок у гипертима откровенно близка к истинному мотиву, в то время как неустойчивые истинный мотив не раскрывают. Моти-

Отношение к спиртным напиткам при разных типах акцентуации характера у подростков

Отношение к спиртным напиткам	Частота выбора (%), сделанного подростками: как наиболее приемлемого — в общей популяции	как наиболее приемлемого — при типах акцентуации	как наиболее отвергаемого — в общей популяции	как наиболее отвергаемого — при типах акцентуации
1. Мое желание выпить зависит от настроения	17	—	5	Циклоиды 23
2. Я избегаю пить спиртное, чтобы не проболтаться	2	—	6	—
3. Периодами выпиваю охотно, периодами меня к спиртному не тянет	12	—	4	—
4. Люблю выпить в веселой хорошей компании	27	Гипертимы 74	26	Сенситивы 51
5. Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев, могу вызвать насмешки и презрение	1	—	16	—
6. Спиртное не вызывает у меня веселого настроения	5	—	2	—
7. К спиртному я испытываю отвращение	17	Сенситивы 39	7	Циклоиды 26 Лабильные 31
8. Спиртным стараюсь заглушить приступы плохого настроения, тоски, тревоги	4	—	27	—
9. Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной головной боли впоследствии	3	Психастеники 19	6	—
10. Я не пью спирного, так как это противоречит моим принципам	8	Сенситивы 33 Психастеники 24 Шизоиды 27	2	—
11. Спиртные напитки меня пугают	1	—	9	Истероиды 34
12. Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир	4	Циклоиды 21	2	—
13. Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушать компанию	14	Конформные 52	18	Лабильные 47
14. Ни одно из определений ко мне не подходит	13	—	9	Эпилептоиды 34

вировка циклоидов выявляется среди достоверно отвергаемых положений, а именно отклоняется зависимость желания выпить от настроения (алкоголь, действительно, не купирует у них субдепрессию), но также отклоняется и отвращение к алкоголю вообще. В период подъема его действительно нет. С этим же периодом, видимо, связано утверждение, что, выпив, особенно ярко воспринимают окружающий мир. Эмоционально-лабильные подростки также подчеркивают отсутствие отвращения к алкоголю, но еще более не видят у себя конформности в отношении выпивок. Сенситивные подростки не скрывают своего отвращения к алкоголю, утверждают, что выпивки противоречат их принципам и отвергают их в «веселых» компаниях — их мотивировка, вероятно, близка к истинной мотивации, хотя и не полностью ее раскрывает. Психастеники более склонны ссылаться на трезвеннические принципы или на плохое самочувствие от выпивок. Шизоиды также охотно указывают на те же принципы, но мотивов выпивок не раскрывают.

В предложенном перечне нет фраз, характеризующих мотивы выпивок эпилептоидов, поэтому они склонны утверждать, что ни одно из определений к ним не подходит. Истероидная акцентуация проявляется скрытой бравадой — отрицанием того, что спиртные напитки могут пугать. Гипертимы и неустойчивые, которые действительно их не боятся, подобного бесстрашия вовсе не склонны демонстрировать. Конформные подростки правильно отмечает свое желание — не нарушать компанию.

Среди мальчиков — учащихся профессионально-технических училищ — с психологической склонностью к алкоголизации преобладал эпилептоидный тип, а среди девочек — шизоэпилептоидный тип [Дурандина А. И., Агеева И. А., 1987]. По другим данным [Сочнева З. Г. и др., 1987], эта склонность коррелирует с неустойчивым, гипертимным и истероидным типами. Возможно, что различия зависят от особенностей региона.

ВОЗРАСТ НАЧАЛА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Сведения о возрасте первого употребления алкоголя, вызвавшем хотя бы легкое опьянение, даются самые разнообразные — от 5—6 до 15—16 лет [Буторина Н. Е., и др., 1978; Личко А. Е., Рубина Л. П., 1979; Артемчук А. Ф., 1985; Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1986; Глазов А. А. и др., 1989; Ostrowska K., 1981; Coombs R., 1985]. Следует различать 3 степени приобщения к алкоголю, в определенной мере зависящие от возраста: знакомство со вкусом алкоголя, первое осознанное опьянение, регулярное употребление опьяняющих доз.

Знакомство со вкусом алкоголя и, возможно, первое легкое опьянение нередко происходят еще в дошкольном возрасте

в семье: родители сами дают детям немного сладкого вина во время праздничных застолий или оставляют напитки без присмотра, а дети их пробуют. Еще бывает, что детям регулярно дают «для аппетита» ложку-другую спиртного. Б. С. Братусь и П. И. Сидоров (1984) при массовом обследовании нашли, что к 9—10 годам половина мальчиков и треть девочек уже знают вкус пива. Они же приводят данные 20-х годов [Дейчман Э. И., 1927; Исхакова А. И., 1929], что и тогда в возрасте 8—11 лет 75 % детей уже знали вкус алкогольных напитков, а 25 % их получали по праздникам. К этому можно добавить, что ложку сладкого церковного вина во время причастия давали всем детям. Вряд ли поэтому раннее знакомство с вкусом алкоголя можно считать фактором, способствующим последующей алкоголизации.

Первое тяжелое опьянение в детстве встречается редко, обычно по недосмотру старших. Алкогольная интоксикация в этих случаях тяжело переносится и либо вообще амнезируется, либо оставляет тягостные воспоминания.

Первые осознанные опьянения чаще всего падают на возраст 14—15 лет у мальчиков, 16—17 лет — у девочек, хотя в некоторой части популяции первые опьянения встречаются в возрасте 12—13 лет. Все зависит от окружения, в котором растет подросток. Например, среди делинквентных подростков, состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, в основном происходящих из неблагополучных семей, первое опьянение было в возрасте 11—13 лет [Личко А. Е., Рубина Л. П., 1979], среди учащихся сельского профессионально-технического училища — у большинства в 14—15 лет [Дробышев В. В., 1988], а среди школьников старших классов в Литве выраженные опьянения в 15—17 лет испытали только 23 % мальчиков и 17 % девочек [Булотайте Л. И., Цюнене Э. П., 1987].

Регулярным употребление опьяняющих доз алкоголя становится только у части подростков, обычно сочетаясь с прогулами, делинквентностью, побегами из дома и другими нарушениями поведения [Личко А. Е., 1977]. Относительно редко оно бывает в возрасте до 15—16 лет.

РОЛЬ СЕМЬИ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

В одних исследованиях отмечается, что выпивки подростка, как правило, начинаются в семье — во время праздников, приема гостей, при постоянном употреблении алкоголя родными [Буторина Н. Е. и др., 1978; Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1978; Пятов М. Д., Шумский Н. Г., 1983; Ostrowska K., 1981]. По другим данным, гораздо большее значение имеют компании сверстников [Личко А. Е., 1977; Энтин Г. М., Пахтер А. С., 1982; Кочеткова Р. В., 1984]. По данным Б. С. Братуся и П. И. Сидо-

рова (1984), в 14—15 лет в компании сверстников употребляют спиртные напитки около трети мальчиков и четвертая часть девочек, а в 16—17 лет более половины подростков обоего пола участвуют в семейных выпивках.

Не следует слишком прямолинейно судить, что в семьях трезвенников подростки не пьют, а если родители злоупотребляют алкоголем — дети у них вырастают пьяницами. По данным E. Harburg и соавт. (1982), лишь 7 % сыновей абсолютных трезвенников последовали примеру своих отцов и только 35 % сыновей алкоголиков стали пить; 8 % дочерей матерей-трезвенниц полностью воздерживались от алкоголя, но у матерей-пьяниц пить стали 15 % дочерей. Главным в отрицательном влиянии семьи считается «дефицит родительской заботы» и плохие взаимоотношения отца с матерью [Hartocollis P., 1982].

E. Jellinek (1943) подчеркивал, что дети алкоголиков более подвержены алкоголизму. С тех пор «алкогольная семья» считается одним из факторов риска [Пятов М. Д., Шумский Н. Г., 1983; Копыт Н. Я., Сидоров П. И., 1986]. Значение наследственного фактора трудно бывает выяснить, так как дети воспитываются в семье алкоголика и фактор наследственности может перекрываться отрицательным влиянием атмосферы пьянок. Наследственность видят в высоком риске алкоголизма у детей, родившихся от отцов, у которых алкоголизм развился еще до их рождения [Скворцова Е. С., 1980] по сравнению со значительным процентом подростков с отрицательным отношением к алкоголю, где алкоголизм отца сформировался уже после их рождения [Булотайте Л. И., 1988]. Наиболее доказательными считаются исследования алкоголизма у близнецов [Goodwin D., 1985]: конкордантность по алкоголизму у монозиготных близнецов оказалась равной 54 %, у дизиготных — 28 %.

Предполагается также, что пьянство имеет психосоциальную основу, а превращение его в хронический алкоголизм — генетическую. Дети от алкоголиков, став приемными в непьющих семьях, в 4 раза чаще заболевают хроническим алкоголизмом, чем приемные дети от здоровых родителей [Goodwin D., 1985]. Black C. и соавт. (1986) нашли, что 37 % сыновей алкоголиков заболевают хроническим алкоголизмом, в то время как в здоровых семьях ими становятся лишь 9 %. В то же время среди 130 юношей, родившихся от алкоголиков, в возрасте до 25 лет еще ни один не стал таковым [Schulsinger F. et al., 1986].

Была выдвинута гипотеза о двух видах наследственности при алкоголизме. Один проявляется только в неблагоприятных социальных условиях, другой — «чисто биологический ген алкоголизма» — передается от отца к сыну и от матери к дочери [Bohman M. et al., 1981].

ЗНАЧЕНИЕ КОМПАНИЙ СВЕРСТНИКОВ (РЕАКЦИИ ГРУППИРОВАНИЯ)

Подросткам присуще почти инстинктивное группирование с ровесниками. Образующиеся неформальные группы становятся распространителями особой «подростковой субкультуры»: модных увлечений, манеры себя вести и одеваться, свободного времяпрепровождения, особых духовных ценностей и преходящих кумиров. Выпивки, как и употребление других дурманящих средств, нередко становятся атрибутом функционирования подобных групп, а реакция группирования со сверстниками — источником алкоголизации подростков [Личко А. Е., 1971].

Выпивки могут быть в обоих основных типах подростковых групп (см. гл. 2), как в жестко регламентированных, нередко превращающихся в настоящие банды, так и в свободных, с переменным составом и без постоянного лидера [Личко А. Е., 1985]. Жестко регламентированные группы чаще бывают склонны к ограниченному употреблению алкоголя (например, небольшие дозы «для храбрости» перед драками с аналогичными группами), свободные же весьма отличаются друг от друга — в одних алкоголизация минимальна или вовсе отсутствует, в других — господствуют пьянки.

Значение различных современных неформальных группировок также неодинаково. Среди них имеются такие, которые явно способствуют распространению алкоголизации (например, «панки», «мажоры»), в других употребление алкоголя бывает умеренным (например, «рокеры»). Существуют и такие группировки, где любители выпивок удержаться не могут (например, «культуристы», «брейкеры»).

Наибольшее значение имеют территориальные группировки. Это подростки одного дома, близлежащих домов или микрорайона. За ними следуют группировки по месту учебы, особенно в профессионально-технических училищах, где компании для выпивок возникают в 4—8 раз чаще, чем в старших классах школы [Лежепекова Л. Н. и др., 1979; Соцевич Г. Н., Энтин Г. М., 1984; Никольская Л. Д. и др., 1984].

Распространена точка зрения, что главным фактором в алкоголизации подростков являются выпивки в компании сверстников, а значение семьи сводится к тому, что неблагоприятные условия в ней толкают подростка в подобные компании [Личко А. Е., 1977; Энтин Г. М., Пахтер А. С., 1982; Резник В. А., 1987; Hagnell O. et al., 1986].

Подростки женского пола также в большинстве начинают выпивки в компаниях. Однако это могут быть компании не только юношей, но и взрослых мужчин. Пьянки с ними ведут к промискуитету, огрубению личности, групповому сексу, проституции. Ведущим фактором здесь выступает не реакция груп-

пирования со сверстницами, а реакции имитации, эмансипации, формирующееся сексуальное влечение. В 80-х годах стали распространяться выпивки в однополых компаниях девочек [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984] — в этом случае можно усмотреть уже влияние реакции группирования. Гораздо реже алкоголизация у девочек-подростков начинается под влиянием взрослой пьющей женщины или тайком в одиночку.

Злоупотребление алкоголем среди подростков женского пола начало распространяться в США еще в 70-х годах, в СССР — в 80-х [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984; Demone X., Wexler T., 1976].

ПРИЗНАКИ РИСКА РАННЕГО АЛКОГОЛИЗМА

Следует различать два вида риска. Один из них — риск начала злоупотребления спиртными напитками, приобщения к выпивкам — был рассмотрен выше (см. стр. 117), а пути выявления контингента этого риска описываются в разделе о профилактике раннего алкоголизма.

Другой вид риска — вероятность формирования раннего алкоголизма у тех, кто начал в подростковом возрасте злоупотреблять алкоголем. Известно, что одни подростки довольно регулярно (по нескольку раз в месяц) напиваются, и все же на протяжении 3—4 лет подросткового возраста у них так и не появляется отчетливых признаков формирующегося хронического алкоголизма. В то же время у других подобные признаки развиваются со стремительной быстротой — за несколько месяцев пьянок возникает физическая зависимость, появляются состояния абстиненции и другие признаки II стадии алкоголизма. Эти случаи в первую очередь попадают в поле зрения психиатра и поэтому с давних пор дали основание утверждать «злокачественность» раннего алкоголизма [Demme K., 1891]. Лонгитудинальное наблюдение за теми, кто начал злоупотреблять алкоголем подростком, показало, что к возрасту 21—32 лет лишь у 11 % развился хронический алкоголизм [Попов Ю. В., 1988].

Признаками высокого риска формирования раннего алкоголизма у тех, кто начал злоупотреблять алкоголем, считаются:

— алкоголизм отца, развившийся до рождения подростка;

— алкоголизм матери, особенно для дочерей;

— конституциональная психопатия эпилептоидного типа;

— атипичные реакции на первые опьяняющие дозы алкоголя в виде слабого опьянения от большого количества спиртного и отсутствия атаксии в опьянении [Schuckit M. A., 1985];

— дисфорические и амнестические (типа палимпсестов, т. е. выпадения из памяти отдельных моментов) картины опьянения;

— сочетание низкой изначальной толерантности к алкоголю с быстрым ее нарастанием по мере злоупотребления [Муратова И. Д. и др., 1979];

— предпочтение крепких напитков слабым, добавление к алкоголю различных средств, усиливающих опьянение (транквилизаторы и др.);

— резидуальное органическое поражение головного мозга с картиной выраженной энцефалопатии («синдром минимального мозгового поражения» сюда не относится);

— черепно-мозговые травмы с потерей сознания в анамнезе;

— злоупотребление ингалянтами, предшествующее или перемежающееся с алкоголизацией [Попов Ю. В., 1987];

— раннее начало алкоголизации — до 10—12 лет [Муратова И. Д. и др., 1979; Крылов Д. Н., Кулакова Т. П., 1988].

Спорным и недостаточно доказанным представляется утверждение, что фактором высокого риска формирования алкоголизма является подростковый возраст сам по себе с его нейроэндокринными пертурбациями (на высоте пубертата встречаются подростки с высокой толерантностью к алкоголю, а стремительное развитие алкоголизма бывает лишь у некоторых). То же относится к «минимальному мозговому поражению», которое отмечено у 5—10 % здоровых подростков [Wender P., 1971]. Отсутствуют какие-либо достоверные данные о злокачественности алкоголизма на его фоне.

Неточным является суждение, что фактором риска является психопатия без уточнения ее типа. Высокий риск, несомненно, представляют только эпилептоидные психопатии и лишь отчасти истероидные — из-за бравады перед сверстниками, желания всех перепить они привыкают к алкоголю, и появляются признаки формирующегося алкоголизма. При шизоидных психопатиях, даже в случаях регулярного употребления крепких напитков в одиночку, отчетливых признаков хронического алкоголизма не развивается. Если возникает зависимость от алкоголя, то она чаще бывает ситуационной (см. стр. 63). При сенситивной и психастенической психопатиях вообще отношение к спиртным напиткам в подростковом возрасте бывает отрицательным. При гипертимной психопатии, несмотря на частые выпивки, подросток долго удерживается на уровне групповой психической зависимости. Неустойчивые психопатии, предрасполагая к злоупотреблению, тем не менее не обусловливают сами по себе быстрого развития хронического алкоголизма. Однако эти психопатии, как и аффективно-лабильные, нередко сочетаются с психофизическим инфантилизмом — его значение в генезе алкоголизма остается пока неясным.

ГРУППОВАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И ДРУГИЕ ПРИЗНАКИ «ПРЕДБОЛЕЗНИ»

Особо следует отметить признаки не столько уже риска, сколько надвигающегося алкоголизма—алкоголизма как «предболезни» [Семичов С. Б., 1987]. К ним относятся групповая психическая зависимость [Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1978], психопатоподобное огрубение личности подростка и феномен «суточного десинхроноза» [Кондрашенко В. Т., 1988].

Групповая психическая зависимость. Это явление у подростков предшествует индивидуальной психической зависимости, которая служит признаком уже сформировавшегося хронического алкоголизма, начиная с I его стадии. В отличие от индивидуальной, при групповой психической зависимости потребность в выпивке возникает только, когда собирается «своя» компания. За пределами своей группы еще нет постоянного тяготения к алкоголю — с «чужими», случайными знакомыми подростки пить еще не будут. Помыслы о том, как бы и где бы выпить, еще не становятся главным интересом в жизни. Отрыв от своей группы прекращает алкоголизацию.

Огрубение личности у взрослых отчетливо проявляется на II—III стадии алкоголизма. У подростков оно становится видным еще до того, как сформировался алкоголизм. Данный возраст — период формирования характера, и неблагоприятные влияния на него особенно пагубны. Подобными влияниями оказываются не только действующие на мозг повторные тяжелые алкогольные интоксикации, но еще более окружающая компания пьющих сверстников, где происходит «усвоение стереотипов алкогольного поведения» [Короленко Ц. П., Макаров В. В., 1982]. Итогом становятся несвойственные ранее подростку развязность, грубость и пренебрежительно-вызывающее отношение к старшим, притупление чувства долга, сочувствия даже к близким, утрата тонкой эмоциональности. Обычно одновременно начинается социальная дезадаптация — прогулы, уклонение от учебы и работы, делинквентность и т. п.

Огрубение личности у мальчиков нередко, а у девочек, как правило, сопровождается также сексуальной расторможенностью [Илешева Р. Г., 1978; Егоров В. В., 1979, 1983] — случайными мимолетными сексуальными контактами, групповым сексом, податливостью к извращенным способам удовлетворения полового влечения.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО огрубение личности было выявлено повышением показателя маскулинизации личностных отношений [Воротилина Т. А., 1987].

Суточный десинхроз. Как явление, предшествует формированию хронического алкоголизма [Кондрашенко В. Т., 1988]

и выражается вялостью, сонливостью, иногда чувством слабости и разбитости, какого-то дискомфорта по утрам. Эти явления постепенно сглаживаются в течение дня и сменяются оживлением и повышенной активностью по вечерам, что позволяет допоздна проводить время в компаниях.

НАЧАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ РАННЕГО (ПОДРОСТКОВОГО) АЛКОГОЛИЗМА (I СТАДИЯ)

К начальным признакам хронического алкоголизма у подростков, как и у взрослых, принято относить: индивидуальную психическую зависимость, повышение толерантности к алкоголю, исчезновение защитного рвотного рефлекса, утрату количественного и ситуационного контроля, появление палимпсестов («блекаутов»), утреннюю анорексию, бессонницу и другие менее значимые симптомы.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

У взрослых этот симптом обозначают как «первичное влечение к алкоголю», «обсессивное влечение», «психическую зависимость от алкоголя». У подростков данный феномен является главным проявлением I стадии. Суть его состоит в том, что алкоголь становится центральным интересом в жизни — помыслы сосредотачиваются на поисках возможности выпить. Придумываются поводы, изыскиваются любые компании. Ради выпивок забрасываются все другие дела — не только работа или учеба, но и другие развлечения, хобби, иные контакты со сверстниками. Выпивки становятся регулярными — по 2—3 раза в неделю и чаще. На спиртное тратятся все имеющиеся деньги, их начинают добывать незаконными путями.

Если при групповой психической зависимости желание выпить возникает, когда собирается «своя компания», то с развитием индивидуальной психической зависимости подросток активно ищет любую компанию, пусть малознакомую, чтобы распить спиртное. Он сам становится инициатором сколачивания подобных компаний.

Разговор о спиртных напитках охотно поддерживается, вызывает живую эмоциональную реакцию. Мысли о выпивке становятся в какой-то степени подобными сверхценным идеям [Буторина Н. Е., 1986]. На этом же этапе появляются «алкогольные сновидения», особенно при вынужденном воздержании от спиртного.

В основе индивидуальной психической зависимости лежит патологическое влечение к алкоголю как к средству, способному

поднять настроение, приободрить, заставить забыть о неприятностях и невзгодах, почувствовать себя «свободно» и уверенно, облегчать контакты со сверстниками, которые, будучи весьма поверхностными, обманчиво воспринимаются как глубокоэмоциональные. В других случаях в тяготении к алкоголю выступает жажда «разрядки», возможность проявить агрессию, «сорвать накопившуюся злобу».

ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К АЛКОГОЛЮ

Суждение о толерантности к алкоголю у подростков основывается на минимальной его дозе, способной вызвать хотя бы легкое опьянение [Личко А. Е., 1985]. Близким к этому критерию является максимальная доза алкоголя, не вызывающая заметного опьянения [Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1983].

Критерии толерантности у взрослых не всегда применимы у подростков. Это относится к предпочитаемой однократной дозе алкоголя (при условии сохранения количественного контроля) или к дозе, способной вызвать защитный рвотный рефлекс (если таковой еще не исчез), или, наконец, к дозе алкоголя, вызывающей амнестическое опьянение (способность «отключиться»).

Изначальная толерантность у подростков невелика. Опьянение обычно ощущается от 40—60 г абсолютного спирта (т. е. 100—150 г водки), рвота возникает при 80—160 г (т. е. 200—400 г водки). Чем младше возраст, меньше масса тела и слабее физическое развитие, тем меньше необходимая для опьянения доза. Изначальная высокая толерантность встречается редко и считается неблагоприятным прогностическим признаком формирования алкоголизма [Schuckit M., 1985].

Повышение толерантности обычно констатируют, когда она возрастает в 2—3 раза. В США повышенной толерантностью принято считать, если отчетливые признаки опьянения отсутствуют при концентрации алкоголя в крови, равной 1,5 г/л (1,5 ‰, 150 мг %). У подростков повышение толерантности можно считать признаком I стадии алкоголизма, если оно произошло на протяжении нескольких месяцев злоупотребления. Если же повышение отмечается за период 1—2 года и более, то его надо оценивать с учетом роста и физического развития. Например, если первые опьяняющие дозы были испробованы в 12—13 лет, а к 14—16 годам в связи с акцелерацией физического развития подросток превратился во взрослого, прибавил в массе тела 10—15 кг, вырос на 10—20 см, то неудивительно, что и толерантность возросла в 2—3 раза. Сопоставление употребляемых на одну выпивку доз алкоголя (в пересчете на водку) обнаружило у подростков (без признаков хронического алкоголизма) в 8-м классе (14—15 лет) среднюю

величину 105 мл, в 9-м классе (15—16 лет) — 140 мл, в 10-м классе — 185 мл [Макаров В. В. и др., 1988].

Изменение предпочитаемых спиртных напитков также может быть показателем роста толерантности, например, когда от слабых вин переходят к водке [Буторина Н. Е. и др., 1980]. Сюда же можно отнести поиск средств, усиливающих опьянение,— приготовление разного рода смесей, добавление к алкоголю транквилизаторов, димедрола и др.

Лабильность толерантности — особый феномен, описанный у подростков П. И. Сидоровым (1984). Повышенная толерантность при перерыве в употреблении алкоголя на 2—3 мес снижается, иногда до изначальной. Когда снова начинается злоупотребление алкоголем, то толерантность быстро возрастает. Утрата подобной лабильности свидетельствует о стойком изменении реактивности в отношении алкоголя.

УТРАТА КОЛИЧЕСТВЕННОГО И СИТУАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ

У взрослых утрата контроля проявляется тем, что, начав пить, они не могут остановиться и напиваются до глубокого опьянения [Jellinek E., 1946], а также тем, что перестают учитывать ситуацию, где появление в нетрезвом виде грозит большими неприятностями. Иногда подобную утрату количественного и ситуационного контроля у взрослых рассматривают как признаки II стадии алкоголизма [Иванец Н. Н., Нойман Й., 1988].

У подростков даже на I стадии эти критерии довольно трудно поддаются учету. В подростковых компаниях количество выпиваемого алкоголя определяется его наличием — пьют, пока не иссякнет припасенное спиртное или деньги на него [Найденова Н. Г., 1982]. Каждый старается не отстать от других. Пренебрегать ситуацией подростки могут в силу бравады, протеста и оппозиции к старшим — в нетрезвом виде они появляются в общественных местах, даже на учебных занятиях, перед родными, могут нарочито попадаться на глаза и аггравировать опьянение.

ИСЧЕЗНОВЕНИЕ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА

Этот рефлекс биологически предназначен для удаления из желудочно-кишечного тракта излишка алкоголя. Его исчезновение свидетельствует о том, что организм привык к поступлению больших количеств спиртного. По мнению Н. Г. Найденовой (1982), у подростков, особенно у младших, этот рефлекс сохраняется долго. Однако из ложных представлений о мужественности они могут скрывать, что алкоголь вызывает у них

рвоту. У 5—10 % подростков рвотный рефлекс может изначально отсутствовать. Тогда большая доза алкоголя вызывает беспробудный сон, сопор и кому.

ДРУГИЕ НАЧАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛИЗМА

Утренняя анорексия, так же как желание опохмелиться по утрам после выпивки накануне, в подростковом возрасте является малонадежным диагностическим симптомом. Подростки плохо отличают утреннюю анорексию от дурного самочувствия по утрам после интенсивных выпивок накануне. В силу же имитации или конформности они могут стремиться «опохмелиться».

Бессонница как признак сформировавшегося алкоголизма встречается лишь у небольшой части подростков.

Палимпсесты[1], т. е. выпадение из памяти отдельных периодов опьянения, во время которых подросток продолжает довольно связно говорить, ходить, действовать и даже не производит на окружающих впечатление сильно опьяневшего. Палимпсесты следует отличать от амнезии тяжелых степеней опьянения. Диагностическое значение имеет появление подобных выпадений из памяти, если ранее при аналогичных опьянениях они отсутствовали. Дело в том, что у некоторых подростков палимпсесты встречаются даже при первых выпивках в жизни. Палимпсестам способствуют перенесенные ранее черепно-мозговые травмы с сотрясением мозга. Они чаще возникают при эпилептоидной психопатии и акцентуации характера.

Изменение картины опьянения, в отличие от взрослых, может произойти не на II, а на I стадии алкоголизма. Наиболее частой бывает смена эйфорий на дисфорическое опьянение [Буторина Н. Е., 1986]. При эпилептоидной психопатии и акцентуации характера, а также на фоне некоторых форм органического поражения головного мозга, дисфорические опьянения могут возникать еще при злоупотреблении алкоголем без зависимости от него.

Соматические нарушения у части подростков на I стадии проявляются постоянной склонностью к гиперсимпатикотонии, иногда жалобами на неприятные ощущения в области сердца, утомляемостью, чувством жара, болями в эпигастральной области. Гастродуоденальное исследование в 94 % обнаружило начальные признаки гастрита [Махов В. М. и др., 1987].

---

[1] Использование этого термина, привившегося в наркологии еще со времени K. Bonhoeffer (1906), не соответствует действительному значению этого слова. На древнегреческом palimpseston biblion — рукопись, написанная на пергаменте на месте стертого или соскобленного текста, а не просто стертое место в тексте. Более точным является термин E. Jellinek (1948) «блекаут» (blackout) — выпадение из памяти, временное затемнение.

ОСОБЕННОСТИ II СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

II стадия характеризуется физической зависимостью от алкоголя. В результате предшествующей интенсивной, регулярной и обычно довольно продолжительной алкоголизации в организме происходят стойкие биохимические изменения, среди которых важнейшими, по-видимому, являются какие-то ферментативные перестройки. Регулярное поступление алкоголя в организм становится необходимым условием сохранения гомеостаза и чувства определенного телесного комфорта. Прекращение бесперебойного введения алкоголя вызывает болезненное состояние — абстинентный синдром. Вследствие этого влечение к алкоголю становится неодолимым (иногда его называют компульсивным).

У подростков II стадия алкоголизма встречается относительно редко. Если среди направленных на обследование к наркологу подростков лишь в 20 % диагностируется хронический алкоголизм [Крылов Д. Н., Кулакова Т. П., 1988], то II стадия определяется вдвое реже I [Личко А. Е., 1977; Энтин Г. М., Пахтер А. С., 1982].

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

В подростковом возрасте картина этого синдрома существенно не отличается от описанной у взрослых [Бокий И. В., Лапин И. П., 1976]. В качестве наиболее частых симптомов алкогольной абстиненции у взрослых были отмечены мышечный тремор, снижение настроения, сильное влечение к алкоголю, бессонница, астения, снижение аппетита, жажда и потливость, раздражительность и реже — тревога. Кроме того, отмечены тахикардия и повышение артериального давления, нередко значительное. Считается, что в начале абстиненции преобладают соматические расстройства, а впоследствии выступают психические [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1968].

В зависимости от тяжести и длительности абстиненции выделяется несколько ее вариантов [Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1983]; с преобладанием вегетативно-астенических (длительность — 1—2 сут), соматоневрологических или психических расстройств (2—5 сут). Выделяется также «развернутый абстинентный синдром» (длительность — более 5 сут), абстиненция с «судорожными компонентами» и с «обратимыми психоорганическими расстройствами».

У подростков одними авторами указывается на преобладание во время абстиненции вегетативных нарушений [Рахальский Ю. Е., 1963; Данилова Е. А., 1978], другими — на психические расстройства, особенно на депрессию и астению [Злотников И. Л., 1970; Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984]. У под-

ростков с резидуальным органическим поражением головного мозга абстиненция может протекать с картиной дисфории [Чудновский В. А., 1982].

НЕОДОЛИМОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ

Целесообразно разграничивать два вида неодолимого (компульсивного) влечения к алкоголю у подростков.

Один вид является следствием тех же биохимических изменений в организме, которые лежат в основе абстиненции при отсутствии поступления алкоголя. Иногда подобное влечение называют вторичным.

Другой вид неодолимого влечения пробуждается еще в донозологический период или на I стадии алкоголизма. Подобное влечение встречается при эпилептоидных психопатиях и акцентуациях характера, а также при некоторых формах резидуального органического поражения головного мозга. В этих случаях с первых опьянений обнаруживается страсть напиваться до «отключения», т. е. до тяжелых степеней опьянения. Утрате сознания нередко предшествует дисфория. Само по себе подобное влечение, хотя и может оказаться неодолимым, не является еще признаком физической зависимости от алкоголя, т. е. II стадии алкоголизма. Однако при появлении этого вида влечения развитие алкоголизма нередко становится злокачественным. Именно в этих случаях у подростков физическая зависимость формируется почти одновременно с психической [Найденова Н. Г., 1982].

ПСИХОПАТИЗАЦИЯ

II стадия алкоголизма в подростковом возрасте обычно сопровождается выраженной психопатизацией. Чаще других встречается эпилептоидно-неустойчивый тип [Личко А. Е., 1983]; неустойчивый тип или черты неустойчивости наслаиваются также на гипертимное, эмоционально-лабильное или истероидное ядро — «амальгамные типы» [Личко А. Е., 1983].

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У ПОДРОСТКОВ

АЛКОГОЛЬНЫЕ ДЕЛИРИИ

У подростков собственно алкогольные психозы встречаются редко — в 1,5 % среди подростков, госпитализированных в связи с алкоголизмом, что в 3,5 раза реже, чем у взрослых [Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1982]. Сталкиваться приходится с делирием, возникшим после интенсивной и продолжительной

алкоголизации. Наиболее характерны абортивные (ночные) делирии. Клиническая картина не отличается от классических описаний у взрослых. Среди галлюцинаторных переживаний преобладают сюжеты, отражающие страхи, свойственные подросткам, видят и слышат голоса сверстников, которые собираются с ними «расправиться», бандитов в масках, которые намерены их убить, и т. п.

При возникновении у подростка острого психоза после интенсивной алкоголизации необходимо дифференцировать собственно алкогольные делирии от тех, которые возникли от сочетанного действия алкоголя и других токсических веществ, в частности больших доз циклодола или димедрола. В некоторых случаях картина таких делириев не отличается от алкогольного: иногда же на первый план выступают особенности действия других токсических веществ (см., например, описание циклодолового делирия на стр. 187).

ОСТРЫЙ ПАРАНОИДНЫЙ ПСИХОЗ

Если бред и галлюцинации возникают у подростка на фоне вполне ясного сознания, при сохранности ориентировки в окружающем, если преобладают слуховые обманы или даже дело только ими ограничивается, то развивающийся психоз вовсе не является ни алкогольным галлюцинозом, ни алкогольным параноидом. Наши катамнестические исследования показали, что все наблюдавшиеся подобные случаи оказались алкогольной провокацией эндогенных психозов, большей частью острым приступом прогредиентной шизофрении. У подростков мужского пола эти приступы в 16 % провоцированы первым в жизни тяжелым алкогольным опьянением или употреблением других дурманящих средств [Личко А. Е., 1985].

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО (ПОДРОСТКОВОГО) АЛКОГОЛИЗМА

ПРОБЛЕМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Еще в прошлом веке родилось суждение о «злокачественности» юношеского алкоголизма, развивающегося быстрее и протекающего тяжелее, чем у взрослых [Demme K., 1891]. Это суждение о тяжести весьма относительно, так как алкогольные психозы в этом возрасте встречаются весьма редко, а III стадия алкоголизма с алкогольной деградацией вообще не успевает развиться [Личко А. Е., 1979]. Что касается социальной дезадаптации, то у подростков она нередко предшествует алкоголизму, а не является его следствием, как у взрослых.

Мнение о злокачественности подросткового алкоголизма в настоящее время основывается на том, что он формируется

в «сжатые сроки» — от начала злоупотребления до II стадии может пройти от 1 до 4 лет [Стрельчук И. В., 1973; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Висневская Л. Я. и др., 1984]. Однако указывается и более продолжительный срок — 3—5 лет [Буторина Н. Е., 1980].

Постепенно накапливаются данные, противоречащие убеждению об универсальной злокачественности раннего алкоголизма [Личко А. Е., 1979; Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1985]. Например, в группе подростков, начавших регулярно выпивать в 13—14 лет, к 18—19 годам не было ни одного случая хронического алкоголизма [Кигель Д. Г. и др., 1972]. Дело, видимо, не просто в «подростковом возрасте», «несформировавшемся организме», «пубертатных пертурбациях» и т. п., предрасполагающих к злокачественности. Обстоятельные катамнестические исследования показали, что среди тех, кто начал злоупотреблять алкоголем в подростковом возрасте, к 18 годам лишь у 19 % сформировался хронический алкоголизм (у 12 % — I стадия, у 7 % — II стадия), 60 % продолжали так же злоупотреблять без признаков зависимости, а 21 % стали ограничиваться редкими выпивками [Овчинская А. С., Яценко Ю. Т., 1984]. Сходные данные о развитии алкоголизма лишь в 18 % привел В. В. Дробышев (1988). По данным 10-летнего катамнеза П. И. Сидоров и А. В. Митюхляев (1985) нашли, что среди тех, кто начал выпивать, будучи подростком, I стадия алкоголизма диагностирована в 25 %. Если же в подростковом возрасте была диагностирована II стадия алкоголизма, то через 10 лет III стадия определена лишь в 7 %.

Высказывалось предположение, что злокачественность подросткового алкоголизма выявляется лишь в случаях «изначальной психопатичности» [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1971]. Действительно, среди подростков с хроническим алкоголизмом конституциональная или органическая психопатия встречается в 41 % [Макаров В. В., 1981]. Однако, дело не просто в «психопатичности». При некоторых типах психопатий этот риск даже ниже, чем в общей популяции. Возникновению алкоголизма способствуют психопатии и акцентуации характера эпилептоидного и неустойчивого типов, да и у них развитие алкоголизма протекает неодинаково [Личко А. Е., 1985]. Другие отягощающие факторы — перенесенные черепно-мозговые травмы, резидуальное органическое поражение головного мозга иного генеза и т. п. — способны обусловливать злокачественное течение алкоголизма не только в подростковом возрасте, но и у взрослых.

Б. С. Братусь и П. И. Сидоров (1984) описали 4 типа развития алкоголизма у подростков: психоорганический (на фоне резидуального органического поражения головного мозга), психопатический (с быстрой социальной дезадаптацией), мета-

болический (у перенесших гепатит) и наследственный (особенно злокачественный вследствие дефекта этанолокисляющей системы). Для последнего при опьянениях характерно быстрое развитие сопора и комы даже от небольших доз алкоголя.

Среди двух типов развития алкоголизма у подростков — эпилептоидного и неустойчивого [Личко А. Е., 1985] — только первый из них может быть оценен как злокачественный. Недавно сходные типы развития алкоголизма, названные эндоморфным и экзоморфным, выделены у взрослых [Врублевский А. Г., 1988].

РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛИЗМА ПО ЭПИЛЕПТОИДНОМУ ТИПУ

Формирование в подростковом возрасте чаще всего происходит на фоне психопатий данного типа, притом выраженных и тяжелых [Личко А. Е., 1977]. При эпилептоидной акцентуации характера, в отличие от психопатии того же типа, подростки нередко сами удерживаются от частого приема спиртных напитков из опасения навредить здоровью или чем-либо иным нанести себе ущерб. Как указывалось, гиперсоциальные эпилептоиды пекутся о своей репутации и могут даже выступать в роли воинствующих трезвенников. Однако, если выпивки все же начинаются, то подростку обычно бывает трудно удержаться от их частого повторения и дальнейшее развитие идет так же, как при эпилептоидной психопатии — постепенно сама акцентуация сменяется ею.

После первых же опьянений, обычно тяжелых по дисфорическому типу и с амнестическими эпизодами, напоминающими палимпсесты, может пробудиться какая-то неодолимая тяга пить до «отключения». От легкого вина быстро переходят к крепким напиткам в больших количествах. Возможно, подобное стремление является одним из видов нарушений влечений, столь нередких при эпилептоидных психопатиях. Компульсивное влечение к алкоголю возникает быстро, одновременно с индивидуальной психической зависимостью. Последняя даже в какой-то степени основывается на этом влечении. От алкоголизации в компании легко переходят к выпивкам в одиночку. Деньги на спиртные напитки начинают добывать всеми возможными путями: вымогают у близких угрозами и шантажом, отнимают мелочь у малышей, поджидая тех на пути в школу, употребляют дешевые спиртсодержащие суррогаты.

Быстро исчезает рвотный рефлекс и растет толерантность к алкоголю. Из-за утраты ситуационного контроля и тяжелых степеней опьянения попадают в вытрезвитель. Нарастает социальная деградация. С целью добыть деньги на выпивку в конце концов идут на преступления. Позже появляется абстинентный

синдром. Его доминирующими признаками становятся чрезвычайное сильное компульсивное влечение к алкоголю и дисфория.

Подростки с эпилептоидным типом развития алкоголизма быстро достигают II стадии и во много раз чаще оказываются пациентами у психиатров и наркологов, чем те, у кого алкоголизм развивается медленно. Видимо, именно поэтому появилась тенденция отождествлять эпилептоидный тип формирования алкоголизма с ранним (подростковым) алкоголизмом в целом и связывать злокачественность с возрастом [Данилова Е. А., 1978; Энтин Г. М., Лавренева П. М., 1981; Висневская Л. Я. и др., 1984].

РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛИЗМА ПО НЕУСТОЙЧИВОМУ ТИПУ

При неустойчивом типе психопатий и акцентуаций характера формирование алкоголизма происходит постепенно — как последствие регулярных, иногда почти ежедневных, выпивок на протяжении продолжительного времени, местом которых служат компании сверстников, где алкоголь является неотъемлемой частью развлечений.

Развитие алкоголизма проходит все описанные этапы. Ему предшествует групповая психическая зависимость. Довольно продолжительной бывает I стадия с индивидуальной психической зависимостью, но без физической и явлений абстиненции, которые появляются через 3—5 лет.

Одновременно с пьянством нарастает делинквентность. Выпивки способствуют социальной дезадаптации подростка, но не являются ее единственной причиной. Еще до формирования I стадии алкоголизма подросток нередко забрасывает и учебу, и труд, начинает вести асоциальный образ жизни. Отношение к лечению всегда отрицательное. Согласие на него дается только под давлением обстоятельств, в надежде избавиться от грозящих наказаний.

ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛИЗМА ПРИ ДРУГИХ ТИПАХ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И ПСИХОПАТИЙ

У конформных подростков путь формирования алкоголизма оказывается сходным с неустойчивым, если они надолго оказываются под влиянием алкоголизирующейся компании. Реже такой же путь развития алкоголизма наблюдается при гипертимно-неустойчивом, истероидно-неустойчивом и лабильно-неустойчивом смешанных типах.

У шизоидов, по некоторым данным [Целибеев Б. А., Ланда А. Н., 1982], алкоголизм протекает особенно злокачест-

венно. Скорее это касается смешанных шизоидно-эпилептоидных психопатий. В иных случаях шизоидам более присуще развитие особой ситуативной психической зависимости от алкоголя («коммуникативный допинг»), которую правомерно рассматривать как угрожаемый признак, но не как симптом сформировавшегося алкоголизма. Подобная зависимость со временем может привести к индивидуальной психической зависимости, но о злокачественности течения говорить не приходится.

ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Бытуют суждения о «гипердиагностике» алкоголизма в подростковом возрасте — за него принимают случаи злоупотребления без зависимости от алкоголя. Этому могут способствовать трудности оценки ряда симптомов алкоголизма у подростков — симптомов, которые у взрослых имеют диагностическое значение (табл. 4).

Лабораторные методы диагностики алкоголизма пока еще мало разработаны. Предлагавшиеся методы недостаточно специфичны, подобные же биохимические сдвиги могут быть при некоторых соматических заболеваниях, особенно при поражениях печени. С другой стороны, все эти методы достаточно валидны, т. е. дают высокий процент положительных результатов лишь на II стадии алкоголизма с развитием физической зависимости. Например, повышение активности ферментов аспартат- и аланинаминотрансфераз в 90 % отмечено лишь на II стадии алкоголизма. Падение активности альдегиддегидрогеназы, хотя и найдено уже на I стадии с ростом толерантности к алкоголю, но оно же имеет место при неалкогольных поражениях печени, при лечении нейролептиками и даже при наследственной отягощенности алкоголизмом без такового у пациента. То же относится ко внутрикожной пробе Нейгля с ацетальдегидом.

Делаются попытки использовать для диагностики хронического алкоголизма радионуклидные методы и клеточные культуры фибробластов, но техника их сложна, а диагностическая ценность еще не ясна.

У подростков, проходивших стационарное лечение от алкоголизма, исследована урокиназа крови, которая появляется в ней при поражении печени. До лечения урокиназа обнаружена в 90 %, после лечения — в 11 % [Русский Л. И. и др., 1987].

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

КУПИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Легкое алкогольное опьянение особых мер не требует — оно проходит само по себе. При выраженном алкогольном опьянении помощь бывает нужна в случае резких вегетативных нарушений. Рвоту следует купировать, если она становится неукротимой. В этих случаях показана внутримышечная инъекция

ТАБЛИЦА 4

Особенности диагностики алкоголизма у подростков

Симптом	Искажающие факторы	Критерии диагностики
Индивидуальная психическая зависимость	Групповая психическая зависимость	Выпивки в малознакомых компаниях. Активный поиск ситуаций для выпивок
Начало противодействия выпивкам со стороны ближайшего окружения [Шаломайко Ю. В., 1974]	Противодействие со стороны старших может быть с самого начала выпивок	Противодействие со стороны своей компании сверстников (встречается далеко не всегда)
Исчезновение рвотного рефлекса на передозировку	Из-за бравады нередко скрывают рвоты. В 5—10 % рвотный защитный рефлекс изначально отсутствует	Подтверждение отсутствия рвоты со стороны близких или товарищей
Утрата количественного контроля	Подростки выпивают в компании все спиртное, что имеется в наличии	Выявление компульсивного влечения к алкоголю — жажда напиться до «отключения»
Утрата ситуационного контроля	Бравада перед старшими и сверстниками	Пьянство в ситуации, грозящей строгим наказанием и исключающей побуждения для бравады
Рост толерантности к алкоголю	Возрастание толерантности вследствие акселерации физического развития	Быстрый рост (в 3—5 раз) толерантности за несколько месяцев
Палимпсесты (блекауты)	При эпилептоидной психопатии и акцентуации и у перенесших черепно-мозговые травмы могут быть с первых опьянений	Появление после продолжительного злоупотребления алкоголем отсутствовавших ранее палимпсестов
Желание опохмеляться наутро после выпивки накануне	Опохмеляются, подражая старшим, из-за бравады	Появление симптома наряду с другими признаками алкоголизма, особенно с компульсивным влечением
Употребление суррогатов и спиртсодержащих жидкостей	Может быть вызвано невозможностью приобрести вино или водку	Употребление суррогатов в ситуации, когда оно унижает подростка перед сверстниками (вследствие компульсивного влечения)

галоперидола (0,5—1 мл 0,5 % раствора) или тералена (алимемазина) в дозе 3—5 мл 0,5 % раствора.

При атипичных дисфорических опьянениях с двигательным возбуждением и агрессией приходится прибегать к парентеральному (обычно внутримышечному) введению сибазона (седуксена, реланиума) — 2—4 мл 0,5 % раствора (т. е. 10—20 мг) или галоперидола — 0,5—1 мл 0,5 % раствора (т. е. 2,5—5 мг). Аминазин в этих случаях хуже, так как более опасен коллаптоидными состояниями.

При тяжелом алкогольном опьянении с состоянием сопора и комы предлагается разовое внутривенное введение бемегрида (5—10 мл 0,5 % раствора) вместе с 1—2 мл 10—20 % кофеина, 1 мл кордиамина и 20 мл 40 % раствора глюкозы. Вслед за вливанием возникают глубокие вдохи, чихание и наступает пробуждение [Вельшикаев Р. Х., Резник П. Е., 1974]. Вливание рекомендуется делать медленно (но не капельным способом!), но сразу же прекратить при появлении судорожных подергиваний. Однако некоторыми авторами [Сосин И. К. и др., 1986] эффективность бемегрида при этаноловых отравлениях оспаривается.

ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ

У подростков алкоголизм относительно редко достигает II стадии, на которой интоксикация бывает длительной и интенсивной. В этих случаях дезинтоксикационная терапия проводится теми же методами и средствами, что применяются у взрослых [Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1983; Иванец Н. Н., Нойман Й., 1988]. Основные из них приведены в гл. 6.

На I стадии алкоголизма у подростков при поступлении в стационар вне периода алкогольного опьянения лечение также целесообразно начинать с дезинтоксикационных средств в сочетании с витаминами в виде парентеральных (лучше внутривенных) вливаний. Значение подобной терапии не столько дезинтоксицирующее и даже общеукрепляющее, сколько психотерапевтическое. Ежедневные вливания служат подтверждением необходимости лечения.

КУПИРОВАНИЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Лечение при абстинентном синдроме включает как дезинтоксикацию, так и средства, подавляющие физическую зависимость от алкоголя и связанные с ней тягостные нарушения. Среди последних одним из самых эффективных является пирроксан — внутримышечно 2—3 мл 1 % раствора 2—3 раза в сутки, а при смягчении явлений абстиненции — перорально по 15 мг 2—3 раза в день. Однако учитывая вегетативную лабильность подростков, необходимо регулярно измерять артериаль-

ное давление — при выраженном его понижении лечение пироксаном надо прекратить [Буторина Н. Е., 1986]. В таких случаях можно использовать грандаксин (тофизопам) — по 50—100 мг 2—3 раза в день.

Если во время абстиненции преобладают такие психические расстройства, как тревога и депрессия, показан феназепам (по 1—2 мг 3 раза в день) и небольшие дозы антидепрессантов — амитриптилина или пиразидола (по 25 мг 2—3 раза в день). Вегетативные нарушения лучше купируют пирроксан или грандаксин.

При возникновении пределириозных симптомов в абстиненции (яркие устрашающие сновидения, гипнагогические галлюцинации) можно применить сибазон (седуксен, реланиум), лучше в инъекциях на ночь.

Если во время абстиненции преобладает дисфория с гневливостью, грубостью, агрессией, более эффективен неулептил (перициазин) по 5—10 мг 2—3 раза в день в каплях (в 1 капле 4 % раствора содержится 1 мг).

ПОДАВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ

Методы лечения разработаны недостаточно, хотя поиски ведутся уже много десятилетий. Используются в основном три пути: выработка условного отрицательного рефлекса на алкоголь, сенсибилизация организма к алкоголю с тягостными последствиями от его употребления и подавление влечения к алкоголю с помощью психотропных средств.

Условнорефлекторный (аверсионный) метод основан на сочетании вида, запаха и вкуса алкоголя с крайне неприятными и тягостными реакциями, чаще всего в виде обильной и повторной рвоты. При выработке условного рефлекса один вид и запах алкоголя вызывают тошноту и рвоту. Однако один из универсальных законов условных рефлексов — угасание при неподкреплении безусловным раздражителем (в данном случае рвотным средством) — делает лечебный эффект этого метода нестойким.

Тем не менее у подростков аверсионный метод является одним из предпочитаемых, особенно на II стадии алкоголизма. В этом возрасте условный рефлекс быстро вырабатывается, хотя и быстро угасает [Чудновский В. А., 1982]. В качестве рвотного агента наиболее принят апоморфин [Случевский И. Ф., Фрикен А. А., 1933]. Техника лечения изложена в специальных руководствах [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1971; Морозов Г. В. и др., 1983; Иванец Н. Н., Нойман Й., 1988]. У подростков она не отличается от принятой у взрослых, за исключением того, что иногда для выработки условного рефлекса под-

ростку бывает достаточно только присутствовать на сеансах его сверстников [Рычкова Л. С., 1987].

Сенсибилизирующая терапия по O. Martensen-Larsen (1948) в подростковом возрасте редко используется. В подавляющем большинстве даже на II стадии алкоголизма подростки уклоняются от лечения. Поддерживающая терапия тетурамом (дисульфирамом, за рубежом более известным как антабус) или иным средством становится неосуществимой, а следовательно, эффект оказывается крайне нестойким. Имплантации эспераля, как известно, также бывают действенными при активной установке на излечение и вообще не рекомендуются больным, впервые проходящим терапевтический курс [Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1983].

Психотропные средства в подростковом возрасте находят наиболее широкое применение. Чаще всего проводят курс лечения неулептилом (перициазином) в дозе 10—30 мг в сутки (по 5—10 капель 4 % раствора 2—3 раза в день) или тиоридазином (сонапаксом, меллерилом) по 20—75 мг в сутки (по 10—25 мг 2—3 раза в день). Если лечение проводится во внебольничных условиях и подросток продолжает посещать занятия или работать, то можно при вялости и сонливости испробовать двукратные приемы — после учебы (работы) и на ночь.

Имеются также данные об использовании при лечении раннего (подросткового) алкоголизма эглонила, этаперазина и малых (субрвотных) доз апоморфина [Кривенков А. Н., 1985]. Считается, что последние способны подавлять влечение к алкоголю, будучи антагонистами дофамина [Морозов Г. В. и др., 1980]. Предлагалось также добавлять к нейролептикам (неулептилу, сонапаксу) небольшие дозы антидепрессантов — амитриптилина, пиразидола [Пятов М. Д., Шумский Н. Г., 1983].

ПСИХОТЕРАПИЯ

У взрослых психотерапия в настоящее время стала рассматриваться как основной метод лечения алкоголизма, без которого лекарственная терапия в большинстве случаев оказывает весьма нестойкий эффект. В действии самих лекарственных веществ (апоморфина, тетурама и др.) справедливо усматривается ведущий психотерапевтический (условнорефлекторный, бихевиоральный) компонент.

Хотя необходимость психотерапии при раннем алкоголизме никем не оспаривается, тем не менее имеются определенные указания на малую эффективность как индивидуальной рациональной [Пятницкая И. Н., 1979], так и групповой [Мечирж Я., 1981] психотерапии. В. А. Резник (1989) отметил, что когда подростка насильственно заставляют лечиться, то само лечение, включая общение с психотерапевтом, рассматривается им как

форма наказания и вызывает лишь протест. В этих условиях на успех психотерапии, как и всего лечения, рассчитывать трудно.

Индивидуальная рациональная психотерапия, по нашим наблюдениям, действительно неэффективна при хроническом алкоголизме, если он развился на фоне неустойчивой психопатии и акцентуации характера. Основной путь влияния врача — разъяснение вреда алкоголя для здоровья и социального статуса в настоящем и будущем — неустойчивого подростка оставляет равнодушным. Однако для подростка эпилептоидного типа забота о собственном здоровье, своем будущем, опасность пострадать или подвергнуться преследованиям в беспомощном состоянии «отключения» могут оказаться достаточно волнующими проблемами. Но для этого нужны не только «подход» к подростку, его «доверие к врачу» но и уверенность самого подростка в высокой компетентности и особом внимании к нему врача. Информация о вреде алкоголя «вообще», представленная в форме, лично его не задевающей, для такого пациента малозначима. Эпилептоидному подростку бывает полезно показать результаты его обследований — например, электроэнцефалограмму, электрокардиограмму, анализы крови, желудочного сока и т. п. и сопоставить их с нормами, приводимыми в руководствах, с аналогичными исследованиями у его сверстников, чтобы очевидными стали выраженные отклонения именно его показателей (электроэнцефалограмма особенно удобна в этих целях). Производят иногда также впечатление рассказы о тяжких последствиях поступков, совершенных в состоянии «отключения».

Цель индивидуальной психотерапии — добиться, чтобы подросток сам принял решение лечиться и прекратить алкоголизацию.

У подростков гипертимного и истероидного типа задача психотерапии иная — постараться найти поле деятельности, более привлекательное, чем выпивки, и способное удовлетворить жажду общения с товарищами, открыть возможность престижного положения в их среде. При наслоении черт неустойчивости на гипертимное, истероидное или иное ядро (включая эпилептоидное) психотерапия становится столь же нерезультативной, как и у подростков неустойчивого типа.

При лабильной и шизоидной акцентуации психотерапия должна носить не столько «антиалкогольный» характер, сколько быть направленной на преодоление тех трудностей и жизненных проблем, которые подтолкнули к алкоголизации. Эмоционально-лабильный подросток нередко страдает от эмоционального отвержения в семье (что, например, мало беспокоит неустойчивого); он ищет в алкогольной компании эмоциональные контакты, нуждается в «друге-психотерапевте», «друге-опекуне».

Если для шизоидного подростка алкоголь служит «коммуникативным допингом», то надо постараться уговорить его принять участие в групповой психотерапии, задачей которой является обучение вербальным и невербальным приемам контактов со сверстниками.

Групповая психотерапия может оказаться не только бесполезной, но и вредной, если группа собрана из подростков, злоупотребляющих алкоголем и не имеющих искреннего намерения прекратить выпивки. Такая группа лишь сплачивает собранных подростков в алкогольную компанию, а к групповым обсуждениям вреда алкоголя они отнесутся безразлично или иронически.

Групповая психотерапия может иметь смысл для подростков гипертимного, истероидного и лабильного типов, если их включают в неалкоголизирующуюся группу (но не кичащуюся своей трезвенностью), где сам процесс группового общения оказывается для них привлекательным в силу общих интересов, возможности проявить себя, найти эмоциональные привязанности и т. п. В целом групповая психотерапия обычно оказывается успешной, если она ставит не прямые противоалкогольные цели, а служит способом отвлечения от алкоголя.

Все другие психотерапевтические методы (суггестивная терапия, эмоционально-стрессовая терапия и др.) у подростков могут оказаться эффективными только при одном предварительном условии — желании лечиться.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ КАТАМНЕЗА

Опубликованные данные о лечении у подростков алкоголизма на II стадии немногочисленны, но и неутешительны. Ремиссии свыше 6 мес составили лишь 25 %, что вдвое реже, чем у взрослых [Никольская Л. Д. и др., 1984]. Отдаленные катамнезы (в возрасте 20—24 лет) показали, что излеченными оказались лишь 10 % [Муратова И. Д., Сидоров П. И., 1980].

Отдаленных катамнезов при лечении алкоголизма на I стадии у подростков пока опубликовано мало. Но, как указывалось ранее, независимо от лечения, те, у кого в подростковом возрасте была диагностирована I стадия, через 10 лет 33 % перешли во II стадию, еще 20 % остались на той же I стадии. а у 47 % отмечена «регредиентность» с исчезновением признаков психической зависимости от алкоголя [Сидоров П. И., Митюхляев А. В., 1985].

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ

В задачу подростковых наркологических кабинетов входят профилактическая работа путем санитарного антиалкогольного просвещения подростков, выявление контингента высокого риска и его профилактический учет, а также наблюдение и предотвращение рецидивов у подростков, лечившихся по поводу хронического алкоголизма. Само же лечение в амбулаторных условиях у подростков считается неэффективным. Госпитализация необходима, прежде всего, для того, чтобы оторвать подростка от алкогольной компании сверстников [Рычкова Л. С. и др., 1987].

Убедить подростка в необходимости лечения бывает трудно. Анозогнозия в этом возрасте выражена еще сильнее, чем у взрослых, ей способствует семейно-педагогическая запущенность. Госпитализация обостряет реакцию эмансипации, рассматривается как наказание.

Подростки до 16 лет могут быть госпитализированы по воле родителей, хотя без сомнения желательно добиться их собственного согласия. С 16 лет решение о лечении зависит только от самого подростка. В отношении принудительного лечения от алкоголизма с 16 лет распространяются те же законы, что действуют в отношении взрослых.

До сих пор остается нерешенным, где лучше лечить ранний хронический алкоголизм.

Предлагалось создавать специальные подростковые отделения в наркологических больницах [Пятницкая И. Н., 1979; Гофман А. Г. и др., 1984]. Указывалось, что лучше лечить в одном отделении со взрослыми алкоголиками [Лежепекова Л. Н. и др., 1979; Папсуева О. В. и др., 1984; Соцевич Г. Н., Энтин Г. М., 1984]. Высказывалось предложение проводить лечение в подростковых отделениях психиатрических больниц [Буторина Н. Е. и др., 1984].

Практически используются все три формы помощи, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки. Специальные подростковые алкогольные отделения обеспечивают квалифицированную наркологическую помощь, но даже в крупных городах остаются незаполненными и в то же время становятся сосредоточением делинквентных подростков, способствуют сплочению алкогольных компаний, знакомству с токсикоманами, которые нередко там же оказываются. В подростковых отделениях психиатрических больниц юные алкоголики находятся вместе с больными психозами и с пациентами с психопатическими расстройствами. Они могут подталкивать их к злоупотреблению алкоголем. Если же подростки лечатся вместе со взрослыми, страдающими хроническим алкоголизмом, то они

6 Заказ № 745

вносят в эти стационары много беспокойства, конфронтацию со старшими и, в конечном счете, мешают проводить лечение и себе, и другим.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика алкоголизма среди подростков, как и среди взрослого населения, разработана еще недостаточно. Несмотря на широкое внимание к профилактическим мерам, обширную популярную литературу, привлечение средств массовой информации, специальные государственные и общественные программы, строгие законы, специальные меры и планы борьбы с алкоголизмом и пьянством, эффективность всей этой деятельности остается крайне низкой.

Профилактика имеет социальную и медицинскую сторону. Медицинский аспект первичной профилактики сводится в основном к санитарному просвещению, а также к методам выявления контингентов повышенного риска развития алкоголизма.

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Широкое распространение в популяции, в том числе среди подростков, информации о вреде алкоголя для здоровья и о первых признаках формирующегося алкоголизма, безусловно, необходимо. Для подростков медицинская информация обычно преподносится в сочетании с социальной — о неблагоприятных последствиях алкоголизма для самих пьющих, для их окружения и для общества в целом. Главными информаторами чаще всего служат работники охраны порядка и воспитатели. Сочетание подобной медицинской и социальной информации может производить на подростков впечатление, что их хотят запугать, что вызывает протест и оппозиционное отношение. Но главное — умеренное и неумеренное пьянство старшего поколения без очевидных вредных последствий для здоровья и благополучия пьющих опровергает в глазах подростка словесный поток официальной информации противоположного содержания. Видимо, этим можно объяснить отрицательное отношение к антиалкогольной пропаганде среди учащихся, выявившееся при анонимном опросе [Щербина Е. А. и др., 1987].

Информационными каналами санитарного просвещения служат лекции, беседы, брошюры, популярные книги, специальные телевизионные и радиопередачи, кино- и видеофильмы и т. п. Сравнительная эффективность их неодинакова [Сочнева З. Г. и др., 1984, 1987]. Анонимный опрос школьников и учащихся профессионально-технических училищ показал, что наиболее действенными являются телевизионные передачи и фильмы, значительно менее (в 2—3 раза) — радиопередачи, лекции, бе-

седы, брошюры. Информация по этим каналам не воспринимается. Да и в целом, несмотря на все разнообразные усилия, у 85 % так и не создается твердой установки на трезвенность.

Путем анонимного анкетирования была проведена оценка обстоятельной и разносторонней годовой школьной «программы трезвости» в виде разнообразных занятий, до экскурсий в вытрезвитель включительно. Эффективность данной программы также оказалась низкой. Если до проведения программы «выпивку по праздникам» допускало 85%, то после — 83 % опрошенных, а выпивку «при встрече с друзьями» соответственно 46 и 36 % [Красильников Г. Т., 1987].

Повышение эффективности антиалкогольной пропаганды видится в «поиске новых идеалов» [Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984], однако подобная деятельность уже выходит за рамки медицинской профилактики. Для того, чтобы изъять алкоголь из жизни подрастающего поколения, нужно дать ему взамен нечто иное, что было бы также способно сплотить компанию сверстников и каждому в ней почувствовать себя свободно, поднять настроение, позволить отвлечься от трудностей в жизни, забыть о невзгодах, ощутить свою независимость, силу, способность проявить себя. Хобби в виде спорта, искусства, изысканного мастерства, духовного творчества способны исполнить эту роль лишь для некоторой части подростков. Для других же алкоголь и другие его заменители всегда окажутся более легким и доступным средством. И все добрые намерения благополучной части старшего поколения, все разъяснения вреда алкоголя для здоровья и будущего оставят их равнодушными.

ВЫЯВЛЕНИЕ КОНТИНГЕНТА ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Следует различать два вида риска (см. стр. 117). Один из них — вероятность формирования раннего алкоголизма у тех, кто начал пьянствовать в подростковом возрасте, рассмотрен ранее (см. стр. 141). Но ему предшествует иной вид высокого риска — приобщения к алкоголю, начала злоупотребления.

Признаками риска считаются неблагополучная семья, влияние пьющих компаний сверстников, а также уходы из дома и делинквентное поведение (т. е. мелкие правонарушения, которые в данном возрасте не наказуются в судебном порядке), особенно у подростков женского пола, акцентуации характера неустойчивого, истероидного и эпилептоидного типов, в меньшей степени — эмоционально-лабильного и гипертимного, воспитательская гипопротекция — недостаток родительского внимания, особенно со стороны отца, избыток свободного времени, пребывание в замкнутых коллективах сверстников с деликвентными склонностями, например в специальных интернатах для

трудных подростков [Александров А. А., 1978; Семке В. Я. и др., 1982; Строгонов Ю. А., 1983; Егоров В. В., 1986; Резник В. А., 1987; Hartocollis P., 1982]. К этому еще добавляется терпимость к пьянству в населении вообще [Кондрашенко В. Т., 1988].

При патохарактерологическом обследовании подростков с помощью ПДО также выявлены признаки высокого риска алкоголизации. Среди непьющих подростков мужского пола в возрасте 14—15 лет при оценке по шкале психологической склонности к алкоголизации, равной +2 и более баллов, оказалось, что через 2 года злоупотребляет алкоголем 67 % и лишь 7 % остались абсолютными трезвенниками. В то же время, когда по этой шкале в 14—15 лет было выявлено отрицательное отношение к спиртным напиткам, то через 2 года лишь 17 % злоупотребляли алкоголем и 58 % остались абсолютными трезвенниками [Личко А. Е., Лавкай И. Ю., 1987]. Риск злоупотребления особенно высок, если оценка по указанной шкале, равная +2 балла и выше, сочеталась с эпилептоидным, истероидным, гипертимным и эмоционально-лабильным типами акцентуации характера. При неустойчивом типе акцентуации характера риск был достаточно высок даже при отрицательном отношении к спиртным напиткам в 14—15 лет, по данным соответствующей шкалы ПДО [Иванов Н. Я., 1985].

Выявленный контингент высокого риска должен стать объектом пристального внимания (профилактический учет подростковых наркологических кабинетов). Однако превентивные медицинские меры опять же сводятся к санитарному просвещению, а на пути воспитательном основываются на опеке, наставничестве и наказаниях. Поиск «новых идеалов» осуществляется гораздо в меньшей степени. Следует заметить, что некоторые подростки из контингента высокого риска нуждаются не столько в опеке старших, сколько в поддержке сверстников. Заслуживает внимания в этом отношении американский опыт создания специальной разветвленной организации «Алетиин» (Alateen), объединяющей подростков — детей алкоголиков и действующей под эгидой «Анонимных алкоголиков». В группах своих сверстников, с той же семейной бедой, подростки учатся «лучшему пониманию проблем их родителей и лучшим способам справляться с этими проблемами» (American Psychiatric Glossary, 6th ed., Washington, 1988, p. 8).

Глава 10. ИНГАЛЯНТЫ (ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ И ТОКСИКОМАНИИ)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ИСТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Ингалянты — летучие вещества, которые вдыхают с целью получить токсическое опьянение.

Первые злоупотребления такого рода описаны в конце прошлого столетия. Вскоре вслед за тем, как эфир был использован для общего наркоза, в среде медицинских работников появилась эфиромания. Ко вдыханию паров эфира стали прибегать также певцы для улучшения голоса. Однако широкого распространения эфиромания не получила. Впоследствии были также сообщения об использовании для получения эйфории закиси азота («веселящий газ»).

Амилнитрит вряд ли стоит включать в число ингалянтов, способных вызвать токсикоманию [DSM-III-R, 1987], так как он используется не для того, чтобы вызвать опьянение или испытать необычные переживания, а в качестве особого сексуального допинга у мужчин для пролонгирования полового сношения, так как затягивается момент эякуляции.

В 60-х годах нашего столетия впервые в США, а затем в Англии, Франции, ФРГ, Италии, Австрии и других странах появились сообщения, что подростки доводят себя до состояния своеобразного опьянения, вдыхая различные летучие вещества — испарения клея для авиамоделей, пятновыводителей, бензина, ацетона, разного рода технических растворителей, лаков, некоторых красок, жидкости для снятия лака с ногтей, для чистки газовых плит, пары нагретых фламастеров, сапожного крема и др. [Altenkirch H., 1982]. Мода на разные ингалянты сменяла одна другую. Наибольшее распространение получили клей в США [Lombillo J., Hain J., 1972], пятновыводители и бензин в других странах.

В нашей стране злоупотребление ингалянтами началось в конце 60-х годов — сперва пятновыводителями, в 70-х годах — бензином, а начиная с 80-х — одним из сортов клея («Момент»). Другие вещества — ацетон, лаки, краски, толуол, аэрозоли-ароматизаторы, нагретые стиральный порошок и сапожный крем — использовались в отдельных регионах небольшими группами подростков ограниченный период времени и заметного распространения в последующем не получили.

До последнего времени в СССР в открытой печати были лишь единичные сообщения о злоупотрблении ингалянтами среди подростков. Вероятно, первые упоминания об этом были сделаны одним из нас [Личко А. Е., 1976, 1977].

Публикации в зарубежной литературе о злоупотреблении ингалянтами также относительно немногочисленны. В США с 1963 по 1982 г. были лишь около 30 статей по сравнению с сотнями о наркоманиях и токсикоманиях других видов. Еще

в начале 80-х годов в ГДР на данную проблему смотрели как на казуистику [Klepel H. et al., 1981]. В ФРГ вышла небольшая монография H. Altenkirch (1982). Злоупотребление ингалянтами, видимо, отличается определенной локальностью, охватывая ограниченные регионы, сообщества, группировки. Например, при обследовании подростков из школы, где учились только дети американских индейцев, оказалось, что 44 % учеников дышали растворителями [Okwumabua J., Duryes E., 1987]. Лишь в 1987 г. в США ингалянты были включены в перечень веществ, способных вызывать зависимость. Это было осуществлено в пересмотренном III издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM-III-R).

КАРТИНЫ ОПЬЯНЕНИЯ ИНГАЛЯНТАМИ

ДЕЙСТВУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА

В разнообразных средствах бытовой химии и технических жидкостях, используемых в качестве ингалянтов, действующими веществами в основном являются алифатические и ароматические углеводороды [Altenkirch H., 1982]. Среди них бензол, ксилолы, толуол, ацетон и другие кетоны (метил-, этил-, метилизобутилкетон и др.), этиловый и амиловый эфиры, метиловый и изопропиловый спирты, а также галогенизированные (например, трихлорэтилен) и фторированные (ди-, трихлорфторметан) углеводороды.

ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ БЕНЗИНА

Наиболее распространено вдыхание паров бензина сорта Б-70. Основное токсическое действие, видимо, связано с входящими в его состав ароматическими углеводородами — бензолом, толуолом, ксилолами и др. Вдыхают пары со смоченной ткани или из посуды, которые подносят к лицу в течение 5—10 мин. Сперва возникает раздражение верхних дыхательных путей (ощущение щекотания в носу и горле, кашель), затем покраснение лица и особенно глазных склер. Зрачки расширяются, пульс учащается, может наблюдаться спонтанный нистагм. Речь становится дизартричной, походка — шаткой, нарушается координация движений.

Затем возникает эйфория (лицо при этом расплывается в блаженной улыбке). Но повышение настроения не сопровождается заметным усилением двигательной активности. Если в этот момент ингаляция прекращается, то эйфория и другие признаки опьянения исчезают за 15—30 мин и сменяются вялостью, адинамией, головной болью, раздражительностью. Если же ингаляция продолжается, то постепенно на фоне легкого

оглушения развивается делирий. Подросток перестает замечать происходящее вокруг, как бы отключается от него или же события окружающей обстановки могут включаться в делириозные переживания.

Делирий характеризуется, прежде всего, зрительными галлюцинациями, часто устрашающего характера. Видятся дикие или чудовищные звери, бандиты и террористы, люди в масках. К зрительным галлюцинациям могут присоединяться слуховые. Их отличие в том, что они всегда тематически связаны со зрительными (слышатся угрозы бандитов, рычание зверей и т. п.). Возникновение только слуховых галлюцинаций без зрительных, а тем более появление псевдогаллюцинаций относится к атипичным опьянениям (см. следующий раздел). В основном содержание галлюцинаций вытекает из прежних впечатлений — из слышанных рассказов, виденных фильмов и т. п. Но, в отличие от визуализации представлений при вдыхании паров пятновыводителей, при бензиновой интоксикации галлюцинации являются истинными — произвольно «заказывать» их содержание подросток не способен. Отношение к галлюцинациям нередко двойственное — чувство страха сочетается с увлеченным интересом («сладкая жуть», по словам одного подростка). Иногда их сравнивают с переживаниями во время просмотров американских фильмов ужасов.

В начале делирия сохраняется частичная критика к переживаниям, в дальнейшем критическое отношение может полностью утрачиваться. Тогда галлюцинации принимаются за реальность, и подросток может броситься бежать спасаться или отбивается от мнимых преследователей и кошмаров. Но так как ингаляция при этом прекращается, то и помрачнение сознания быстро ослабевает, и критика к галлюцинациям возвращается. Этим, видимо, объясняется редкость общественно опасных действий в отношении окружающих. При бензиновом делирии в отличие от алкогольного, на других обычно не нападают и, спасаясь от мнимых преследователей, в окна не выбрасываются.

Возникающий делирий можно назвать транзиторным — после прекращения ингаляции (а в момент делирия она, как правило, прерывается) через 10—30 мин галлюцинации исчезают полностью и сознание проясняется.

П о с т д е л и р и о з н о е   с о с т о я н и е   характеризуется сперва легкой оглушенностью, а затем продолжительной астенией, вялостью, апатией. Нередко жалуются на головную боль и тошноту. Несколько часов может сохраняться запах бензина в выдыхаемом воздухе. Будучи еще оглушенными и выдыхая бензин, подростки могут закурить. От этого были смертельные случаи от тяжелых ожогов лица и верхних дыхательных путей.

В США описаны также смертельные случаи, когда для усиления испарения бензина его вдыхали из прибора для сбивания сливок.

ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ ПЯТНОВЫВОДИТЕЛЕЙ

Жидкостью смачивают платок, любую тряпку или внутреннюю поверхность шапки, и ими закрывают нос и рот.

Кроме начальных вегетативных проявлений интоксикации, можно выделить 3 степени опьянения, границы между которыми нечетки.

Эйфория обычно выражена очень ярко — не только лицо расплывается в улыбке, но подросток начинает громко хохотать. Когда ингалируются группой, смех одного быстро заражает других. Эти моменты подростки сами называют «дурацким хохотом». Вегетативные явления в этот период выражены умеренно. На головную боль и тошноту не жалуются.

Визуализация представлений («о чем подумаю, то и увижу») наступает вслед за эйфорией. Подростки эти видения неверно называют галлюцинациями («поймать глюки» на сленге подростков 70—80-х годов). На самом деле истинных галлюцинаций нет — все «видения» произвольно вызваны. Сохраняющийся эйфорический фон определяет содержание представлений. Они, как правило, отражают то, о чем подросток раньше с увлечением слушал, фантазировал, что видел или читал. Преобладают картины приключенческо-авантюрного жанра, сцены боевых сражений, драк или сексуальные фантазии («смотреть стриптиз» на сленге подростков). Все виденное хорошо сохраняется в памяти. Сексуальные переживания обычно избегают раскрывать. О других же охотно рассказывают приятелям.

Иногда во время групповой ингаляции обмениваются впечатлениями, возможно индуцируя друг друга.

Подышав несколько минут, ингаляцию прерывают, но еще в течение 5—20 мин могут продолжаться визуализированные представления. Затем ингаляцию могут повторять.

Онейроид развивается при более продолжительных ингаляциях. Они бывают уже при сформировавшейся токсикомании. С перерывами могут ингалироваться часами, достигают тяжелого опьянения, когда развивается онейроид. Видения уже не возникают тотчас по заказу. Обычно подросток начинает фантазировать на какую-либо тему, а далее перед ним развертываются яркие сценоподобные картины, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение произвольности утрачивается. Появляется также легкое оглушение, но, несмотря на отрешенность от окружающего, сознание того, что эти переживания вызваны, а не реальны, сохраняется.

Подростки уединяются в места, где никто не будет мешать ингаляциям, иногда часами увлечены подобными видениями. При ослаблении опьянения, уменьшении степени оглушенности, прекращении видений, склонны бывают «добавлять дозу» выдыхаемого вещества. Если же в эти моменты им кто-то мешает, особенно препятствует продолжению ингаляции, обычно озлобляются, отталкивают от себя, проявляют агрессию.

Протрезвление на стадиях эйфории и визуализации представлений при прекращении ингаляций происходит довольно быстро — от нескольких минут до получаса. Даже запах пятновыводителя в выдыхаемом воздухе исчезает сравнительно скоро. Неприятные ощущения в виде головной боли, тошноты, головокружения впоследствии минимальны, а после легких опьянений могут вовсе отсутствовать. Вслед за онейроидом обычно наступают астения, вялость, апатия, иногда легкая депрессия с дисфорическим оттенком.

В США описаны смертельные отравления от ингаляции смеси пятновыводителей с нашатырным спиртом.

ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ АЦЕТОНА

Картина бывает сходной с тяжелым опьянением от паров пятновыводителей.

При вдыхании паров ацетона на фоне легкой эйфории быстро возникают онейроидные переживания с красочными грезоподобными фантазиями, чаще всего сексуального содержания. Во время этих состояний подростки производят впечатление оглушенных, они как бы отключаются от окружающего. Словно оцепенелые, сидят они с опущенной головой. Глаза полузакрыты, на лице — застывшая улыбка, на обращение почти не реагируют, отмахиваются, что-то невнятно бормочут (неопубликованные описания И. П. Кабанова и Ю. А. Строгонова). При тяжелом отравлении, вслед за онейроидным оглушением, может последовать сопор, а затем кома. Сильный запах ацетона изо рта позволяет распознать природу этих бессознательных состояний. Иногда сопору и коме предшествует внезапная смена эйфории на аффект страха («страх смерти»).

Онейроидные состояния длятся по нескольку часов и сменяются тяжелой астенией с раздражительностью и апатией. Об онейроидных переживаниях сохраняются достаточно яркие воспоминания. Мало того, иногда создается впечатление, что в последующие дни подросток живет этими воспоминаниями («резидуальный онейроид»?).

Легкие степени опьянения ацетоном вызывают только эйфорию и визуализацию представлений, аналогичные ингаляциям пятновыводителя [Заленская Л. М., Смолякова М. М., 1980].

ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ ТОЛУОЛА И РАСТВОРИТЕЛЕЙ НИТРОКРАСОК

Психические нарушения от толуола начинаются с эйфории и двигательной расторможенности, которые сменяются делирием [Дзюбич Л. И. и др., 1987]. Дышат 1—2 мин, налив толуол в целлофановый пакет. Эйфория с двигательным возбуждением начинается через 10—15 мин. Ощущают головокружение, походка делается шаткой. Затем около часа продолжается делирий с истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями. Тем не менее в определенные моменты может быть визуализация представлений.

При ингаляции парами растворителей нитрокрасок, главным действующим агентом которых предполагается толуол [Гуськов В. С., Шмакова Н. П., 1987], отмечены существенные отличия первых и последующих ингаляций. При первых опьянениях имеют место сужение сознания, двигательное возбуждение, быстрая смена аффекта от восторженного экстаза до неукротимой злобы, бледность, тахикардия, сухость во рту. При повторных опьянениях развивается приятное благодушное состояние («кайф») с ощущением легкости тела, душевного подъема. Изменяется перцепция: появляется ощущение особой яркости красок вокруг, ощущение обострения слуха. Затем возникает визуализация представлений. Опьянение в зависимости от дозы использованной жидкости (она колеблется от 10 до 1000 мл) длится от нескольких минут до 2 ч. При вытрезвлении возникает астения с дисфорией («все противно») и головной болью.

ОПЬЯНЕНИЕ ПАРАМИ НЕКОТОРЫХ СОРТОВ КЛЕЯ

Для ингаляции также используют целлофановые мешки. В прошлые годы, налив в них клей, подростки натягивали эти мешки на лицо как противогазную маску. В состоянии глубокого опьянения, не будучи способными этот мешок с себя стянуть, достигали смертельно опасного опьянения или погибали от удушения. В Ленинграде в 1985/1986 гг. было зарегистрировано 10 подобных смертных случаев [Марков А., 1987]. После этого при ингаляции стали только прикладывать мешок к лицу — в оглушении его роняли и вытрезвление наступало само собой.

Опьянение начинается с эйфории без двигательного возбуждения, за которой следует онейроидное состояние с нарастающим оглушением. Для онейроидных переживаний особенно характерны видения, напоминающие мультипликационные фильмы («мультики»), часто развлекающего, смешного содержания. Оглушение может достигать такой степени, что в какие-то мо-

менты подросток как бы отключается от окружающего, будучи полностью поглощен занимательными картинами. Тем не менее речь идет об онейроидном состоянии, а не о делирии: у подростка сохраняется ощущение, что ему «показывают».

Легко предположить, что подобное содержание онейроидных переживаний связано с широким распространением мультипликационных фильмов в телевизионных передачах для детей и с интересом к этим фильмам также со стороны младших подростков. Однако ярко окрашенные маленькие человечки и зверюшки, быстро движущиеся, что-то делающие, с живой мимикой и жестами, иногда говорящие писклявыми голосами, весьма напоминают «лилипутские галлюцинации», описанные задолго до появления мультипликационных фильмов [Leroy R., 1910]. Эти галлюцинации считались характерными для инфекционных и интоксикационных психозов. Высказывалось предположение, что они обусловлены поражением височных долей и обонятельного мозга [Baruk H., 1959].

Эйфорический фон сохраняется на всем протяжении опьянения, вплоть до глубокого оглушения. Движения плохо координированы, речь смазанная, с пропусками слогов и слов.

АТИПИЧНЫЕ ОПЬЯНЕНИЯ

Встречаются два вида атипичных опьянений, вызванных ингалянтами. При одном из них выявляются нарушения, характерные для галлюцинаторно-параноидного синдрома, при другом — расстройства, характерные для некоторых резидуальных органических поражений головного мозга.

ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНОЕ АТИПИЧНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Характерно отсутствие эйфории или же она бывает мимолетной, выражена слабо. Степень атипичности может быть различной [Зефиров С. Ю., 1988]. В наименее атипичном виде визуализация представлений, онейроидные или делириозные переживания сопровождаются отдельными истинными слуховыми галлюцинациями, по содержанию со зрительными переживаниями никак не связанными. Слышатся оклики по имени или чей-то голос комментирует поведение подростка, или даже отдает ему приказы.

Еще большей атипичностью отличаются случаи, когда зрительные расстройства почти отсутствуют и заменяются слуховыми галлюцинациями, как правило, вербальными.

Наконец, могут встречаться картины слухового псевдогаллюциноза, психические автоматизмы, когда в момент интоксикации появляется ощущение, что звучат собственные мысли,

голоса слышатся внутри головы («радиопередатчик в голове»).

Могут возникнуть также транзиторные бредовые идеи воздействия, преследования, отношения. Например, слуховые галлюцинации трактуются как передача кем-то особых радиоволн, появляются мысли, что кто-то замышляет расправиться с подростком или что он подвергается чьим-то насмешкам. Вместо эйфории или вслед за ней фон настроения может стать тревожным или депрессивным.

Подобные атипичные картины опьянения от ингалянтов, возможно, являются транзиторными психозами шизофренического круга, относящимися к так называемым провоцированным психотическим «зарницам» шизофрении [Личко А. Е., 1989]. В анамнезе у подростков, заболевших шизофренией, которые до манифестации этого заболевания прибегали к злоупотреблению ингалянтами, как правило, были отмечены подобные атипичные картины опьянений [Зефиров С. Ю., 1988]. Начавшиеся во время интоксикации слуховые галлюцинации, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы и бредовые идеи могут сохраняться по миновании интоксикации на протяжении нескольких часов. Описаны также случаи, когда опьянение ингалянтами послужило провокатором для манифестации шизофрении [Личко А. Е., 1985].

Если галлюцинации и бред были только на высоте интоксикации, то оснований для диагноза шизофрении как болезни еще нет. Речь скорее идет о выявлении шизофренического «патоса» [Снежневский А. В., 1972]. Такие подростки составляют группу высокого риска и нуждаются лишь в профилактическом наблюдении психиатра.

ЭНЦЕФАЛОПАТИЧЕСКОЕ АТИПИЧНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

С первых моментов интоксикации начинаются элементарные зрительные (фотопсии) и слуховые (акоазмы) расстройства. Видятся яркие цветные полосы, круги, вспышки. Слышатся гудение, жужжание, звон, скрежет, какие-то неясные шумы, иногда звуки совершенно неразборчивой речи. Могут возникать галлюцинаторные переживания, связанные с чувством равновесия: кажется, что летят в пропасть, что стены и потолок вокруг качаются, грозят обвалиться.

К этим расстройствам нередко добавляются выраженные вегетативные симптомы — внезапная фонтанообразная рвота, сильное головокружение, чувство дурноты, тахикардия, гиперемия лица, сменяющаяся резкой бледностью. Может случиться обморок.

Подобное атипичное опьянение возникает при некоторых резидуальных органических поражениях головного мозга, ве-

роятно, с преимущественной локализацией в височных долях. Но в случаях, когда резидуальные органические изменения в мозгу развиваются как следствие длительного злоупотребления ингалянтами (психоорганический синдром, токсическая энцефалопатия), описанное атипичное опьянение вовсе не характерно.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ И ТОКСИКОМАНИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

Чаще всего злоупотребление ингалянтами бывает групповым. Размеры группы различны — от 2—3 подростков до почти всего школьного класса или почти всех сверстников одного дома. Группа формируется по месту жительства (например, многоквартирный дом, микрорайон в городе) или по месту учебы. Именно в компаниях, злоупотребляющих ингалянтами, был описан феномен групповой психической зависимости [Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1979].

Имеются также возрастные и половые особенности злоупотребления ингалянтами. Большинство начинают злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12—14 лет), иногда даже еще в 9—11 лет. Впоследствии большая часть прекращают ингаляции. Некоторые из них переходят к злоупотреблению алкоголем или другими токсическими веществами. Именно предпочтительным возрастом можно объяснить преобладание среди ингалирующихся школьников, а не учащихся профессионально-технических училищ [Марков А., 1987].

Ингалянтами злоупотребляют мальчики. Девочки среди обследованных составили только около 3 % [Москвичев В. Г., 1988]. Они примыкали к компаниям мальчиков или, реже, вдыхали ингалянты в своих однополых группах.

Еще одной особенностью злоупотребления ингалянтами является их региональное и ограниченное во времени распространение. Одни вещества становятся «модными» среди подростков в некоторых городах и местностях и отсутствуют в других, где могут использовать иные вещества. С годами одни ингалянты сменяются другими и в одной и той же местности.

Мотивацией злоупотребления чаще всего служит любопытство, желание испытать неизведанные переживания и ощущения, а также конформность со «своей» группой сверстников. Изобилие свободного времени, неумение себя чем-либо занять, скука являются предрасполагающими факторами. К ним можно также отнести несостоятельность в учебе и связанные с ней прогулы от нежелания учиться, быть посмешищем в классе [Битенский В. С. и др., 1989]. Неблагополучие в семье установлено в 70 % [Дзюбич Л. И. и др., 1987].

Одной из предрасполагающих причин считается также недоступность алкоголя в младшем подростковом возрасте, особенно в связи с законами об ограничении его продажи [Тихонов В. Н., 1987].

Акцентуации характера среди злоупотребляющих в возрасте 14 лет и старше выявлены достоверно чаще (93 %), чем они установлены в общей популяции [Вдовиченко А. А., 1989; Иванов Н. Я., 1985]. Однако остается неясным, создают ли некоторые типы акцентуаций характера повышенный риск злоупотребления или оно само способствует их выявлению, переводя скрытые акцентуации в явные, т. е. обычные варианты нормы в ее крайние варианты [Личко А. Е., 1983].

Среди злоупотребляющих ингалянтами значительно чаще, чем в популяции, встречаются неустойчивый и эпилептоидный типы [Личко А. Е., Чебураков С. Ю., 1989] и реже конформный, гипертимный и циклоидный типы. Возможно, конформные подростки в асоциальных компаниях склонны к патохарактерологическому формированию по неустойчивому типу. Тяготение к ингалянтам эпилептоидов может быть связано с тем, что эти вещества способны вызывать состояния, сходные с тяжелым алкогольным опьянением, дают возможность «отключаться» [Личко А. Е., 1983]. Гипертимы же отличаются активностью, общительностью и жизнерадостностью — ингалянты могут для них послужить лишь поводом для быстро проходящего любопытства.

Злоупотребление ингалянтами обычно идет рука об руку с социальной дезадаптацией. В Ленинграде до последнего времени почти 95 % злоупотреблявших выявляла милиция среди делинквентных подростков [Марков А., 1987]. Специально разработанная шкала высокого риска социальной дезадаптации при обследовании с помощью ПДО [Попов Ю. В., Иванов Н. Я., 1988] позволила обнаружить этот риск у 77 % злоупотреблявших по сравнению с 12 % среди учащихся профессионально-технических училищ, не замеченных в употреблении [Чебураков С. Ю., 1989].

ДИАГНОСТИКА ТОКСИКОМАНИИ, ВЫЗВАННОЙ ИНГАЛЯНТАМИ

Злоупотребление ингалянтами далеко не всегда приводит к зависимости от них, даже если к ингаляциям прибегают довольно часто в течение определенного периода (например, во время каникул).

Возникновение групповой психической зависимости, т. е. стремление к интоксикации, когда собралась «своя» компания, еще не свидетельствует о формировании токсикомании, несомненным признаком которой является индивидуальная психиче-

ская зависимость. Риск индивидуальной психической зависимости у начавших злоупотреблять относительно невысок — 5—10 %, по нашим данным.

В поле зрения подросткового нарколога попадают почти все, у кого сформировалась токсикомания, и лишь незначительная часть злоупотреблявших без зависимости. Поэтому контингенты токсикоманов и злоупотребляющих без зависимости могут оказаться почти равными [Родионов И. А. и др., 1987; Битенский В. С. и др., 1989; Вдовиченко А. А., 1989].

Диагностическими признаками сформировавшейся токсикомании при злоупотреблении ингалянтами служат:

1) переход от ингаляций, начатых в компании, к вдыханию паров токсических веществ в одиночку. Данный признак является наиболее ярким проявлением индивидуальной психической зависимости. Но в редких случаях к ингалянтам с самого начала могут прибегать наедине, например в целях «экспериментирования над собой», попытки прервать депрессию и т. п. В этих случаях ингаляции в одиночку еще не служат признаком токсикомании;

2) увеличение дозы потребляемого токсического вещества («раньше хватало полтюбика клея, теперь нужно целый») наглядно свидетельствует о росте толерантности;

3) ежедневные длительные ингаляции, иногда по многу часов подряд, в течение которых подросток то вдыхает пары токсических веществ, то прерывает ингаляцию, будучи в онейроидном состоянии или полузабытьи, а при пробуждении снова возобновляет ее. Данный признак также может рассматриваться как проявление роста толерантности к токсическому веществу;

4) повторные ингаляции в течение одного дня изо дня в день;

5) злобная агрессия (вместо смущения, попыток убежать и т. п.) в отношении тех, кто застал за ингаляцией и пытается ее прервать, отвлечь от онейроидных переживаний, «сломать кайф»;

6) прекращение попыток скрыть ингаляции от родителей, воспитателей, посторонних. При этом подросток появляется перед взрослыми, когда еще сильно пахнет от него вдыхаемым веществом, в одежде, покрытой свежими каплями клея, и даже подчас начинает ингаляции дома на глазах у родителей.

О СТАДИЯХ ТОКСИКОМАНИИ

Высказывались предложения выделять 2 стадии токсикомании: на I стадии имеется только психическая зависимость, на II — появляется физическая зависимость [Узлов Н. Д., 1981; Родионов И. А. и др., 1987; Тихонов В. Н., 1987]. При

этом под физической зависимостью подразумевали появление выраженных вегетативных нарушений после прекращения ингаляций (головная боль, бессонница, потливость, мышечный тремор, шаткость походки, аритмии сердечных сокращений), а также возникновение депрессии с дисфорией. Судя по описаниям, эти нарушения длятся в течение нескольких дней и постепенно сглаживаются или сразу могут быть купированы соответствующей ингаляцией [Москвичев В. Г., 1988]. Нами наблюдались два случая, когда подростки отмечали, что через день-два после прекращения ингаляций, до этого регулярных и длительных, появлялись боли в мышцах, особенно плечевого пояса, ощущение дурноты, тоскливое настроение, и все это прекращалось после первой же ингаляции. Но третий подросток указывал, что боли в мышцах возникали еще до перерыва ингаляций, который он делал сознательно из-за этих болей и дурного самочувствия, а через 3—4 дня, когда боли проходили, ингаляции им возобновлялись.

Развитие физической зависимости не является общепризнанным — она отрицается, ставится под сомнение или вопрос считается невыясненным [DSM-III-R, 1987; Гуськов В. С., Шмакова Н. П., 1987]. Депрессии и дисфории могут быть проявлением психической, а не физической зависимости. Вегетативные нарушения характерны для токсической энцефалопатии.

По нашему мнению, патогенез токсикоманий, вызванных ингалянтами, вряд ли сходен с патогенезом физической зависимости при хроническом алкоголизме и опийной наркомании. Алкоголь и опиоидные вещества (эндорфины) в небольшой концентрации содержатся в норме в здоровом организме у лиц, никогда не злоупотреблявших ни спиртным, ни опиатами. Существуют специальные рецепторы, а также ферментативные и иммунные механизмы, участвующие в обмене и утилизации этих веществ. С ними в первую очередь связываются патогенетические механизмы физической зависимости. Токсические вещества, содержащиеся в ингалянтах, в норме в организме не содержатся. Они вызывают динамические нейромедиаторные и структурные изменения в нервных клетках.

Вероятно, патогенез токсикоманий при злоупотреблении ингалянтами скорее ближе к наркомании, вызванной гашишем. В обоих случаях может развиться выраженная психическая зависимость, а физическая зависимость отсутствует и вслед за I стадией при длительном злоупотреблении возникает сразу III стадия (по традиционной схеме развития алкоголизма и опийных наркоманий) с психоорганическим синдромом и токсической энцефалопатией.

ПОСЛЕДСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Хроническая интоксикация ингалянтами возникает, когда на протяжении ряда недель и даже месяцев ингаляции следуют одна за другой почти ежедневно. Ее развитие ускоряется, если ингаляции продолжаются по нескольку часов подряд или повторяются в течение 1 дня. Те же явления могут развиваться при более редких (1—2 раза в неделю), но в течение большего срока (несколько месяцев — год — два) злоупотреблениях.

Итогом хронической интоксикации становятся довольно стойкий психоорганический синдром и симптомы токсической энцефалопатии.

Подростки делаются менее сообразительными, медленнее и хуже ориентируются в окружающей обстановке, особенно в случаях, когда требуется быстрота реакции. На это обращают внимание их сверстники (на подростковом сленге о них говорят, что они «не секут», т. е. неспособны быстро учесть условия стремительно меняющейся обстановки). Резко падает способность усваивать новый учебный материал — это служит нередкой причиной того, что подростки бросают учебу, категорически отказываются от занятий и даже сбегают из дома и интернатов. У одних при этом преобладают нарастающая пассивность, вялость, медлительность, склонность держаться в стороне от сверстников, искать уединения, проводя время в безделье. У других выступают склонность к аффективным реакциям, злобность, драчливость, агрессия по малейшему поводу [Волкова Т. З., Лиленко М. Г., 1987].

Психологическое обследование обнаруживает низкий интеллект (1Q= от 80 до 100 по методу Векслера). Но особенно выражены нарушения внимания — выявляются трудность сосредоточения, легкая отвлекаемость, неспособность долго удерживать внимание на чем-либо одном. Нарушается также кратковременная память, как механическая, так и оперативная [Волкова Т. З., Лиленко М. Г., 1987].

Токсическая энцефалопатия проявляется рядом неврологических и вегетативных симптомов. Отмечаются спонтанный нистагм, пошатывание в позе Ромберга, легкий мышечный тремор, повышение сухожильных и снижение брюшных рефлексов, стойкий красный дермографизм. Подростки жалуются на головные боли, плохой сон, головокружения, повышенную потливость, иногда отмечают, что стало укачивать на транспорте. Может появиться своеобразный симптом, свидетельствующий об изменениях нервной трофики — белые полоски на ногтях, нечто вроде «паспорта токсикомана» [Altenkirch H., 1982]. На

ЭЭГ регистрируют умеренные диффузные изменения. Повышается «судорожная готовность».

При интоксикации бензином психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия особенно выражены. То же наблюдается при хронической интоксикации толуолом и гораздо в меньшей степени при злоупотреблении пятновыводителями.

В эксперименте на крысах была воспроизведена хроническая интоксикация бензином, толуолом, ацетоном и хлороформом путем ингаляций. Обнаружено сходное для них всех эпилептогенное действие — появление миоклонических судорог и эпилептической активности на ЭЭГ [Лежава Г. Г., Ханаева З. С., 1989]. Последнее, несомненно, подтверждает органическое поражение мозга, но следует учитывать, что у крыс судорожные реакции являются весьма распространенным ответом на разнообразные экзогенные вредности.

Резидуальные органические поражения головного мозга, предшествующие хронической интоксикации, облегчают формирование психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии. По нашим данным, более чем у половины подростков в анамнезе были черепно-мозговые травмы различной степени, но развитие психоорганического синдрома началось только после хронической интоксикации ингалянтами. В 80 % отмечена задержка психомоторного развития в раннем детстве — позже обычного начинали ходить, говорить, долго не могли приобрести элементарные навыки самообслуживания, наблюдался энурез.

Для хронической интоксикации бензином характерно также поражение печени и почек. Может развиваться малокровие с лейкопенией.

При злоупотреблении пятновыводителями часто встречаются хронические бронхиты.

Отдаленные катамнезы свидетельствуют, что у тех, кто в подростковом возрасте злоупотреблял ингалянтами, в дальнейшем имеется высокий риск злокачественного течения хронического алкоголизма [Узлов Н. Д., 1983] с быстрым развитием психической и физической зависимости от алкоголя и даже с психической деградацией.

Среди тех, кто будучи подростком был госпитализирован для обследования в связи с алкоголизацией, по данным 10-летнего катамнеза, хронический алкоголизм сформировался лишь в 11 %. Зато среди тех, кто злоупотреблял ингалянтами, через 10 лет хронический алкоголизм был диагностирован в 36 % [Попов Ю. В., 1989].

ЛЕЧЕНИЕ

Закона об обязательном лечении токсикоманий в настоящее время не существует. Большинство злоупотребляющих ингалянтами — дети и подростки до 16 лет, поэтому для их лечения требуется согласие родителей или заменяющих лиц, которое не всегда легко получить. Трудности возникают при отсутствии единого мнения между отцом и матерью.

После 16 лет нужно согласие самого подростка. Дается оно еще более неохотно, обычно под давлением инспекции по делам несовершеннолетних, которая настоятельно рекомендует подростку самостоятельно обратиться к наркологу. В противном случае в связи с тем, что злоупотребление ингалянтами обычно сочетается с делинквентным поведением, подростку угрожает специальное воспитательное учреждение.

При злоупотреблении ингалянтами без признаков зависимости обычно оказывается достаточным изолировать подростка от его асоциальной компании. В этих случаях злоупотребление прекращается.

Лечение необходимо при сформировавшихся токсикоманиях. Его следует проводить в стационарных условиях — прежде всего с той же целью изоляции от асоциальной компании и возможности строгого контроля за поведением.

Лечение складывается из дезинтоксикации, использования средств для подавления зависимости и терапии психоорганического синдрома.

Дезинтоксикация осуществляется с помощью обычных средств (глюкоза, натрия тиосульфат, мочегонные средства и т. п.), которые лучше вводить парентерально (особенно капельно внутривенно). В этих случаях, кроме дезинтоксикационного действия, добавляется психотерапевтический фактор, особенно для подростков младшего возраста, на которых подобная процедура производит впечатление как свидетельствующая о тяжести их отравления.

В качестве дезинтоксикационного средства иногда ранее использовались также инъекции сульфозина, вызывающего выраженную гипертермическую реакцию. Но подростки, особенно с признаками токсической энцефалопатии и психоорганического синдрома, переносят эту процедуру очень тяжело, обычно трактуют как наказание, и это еще более настраивает их против всякого лечения. С 1989 г. сульфозин изъят из числа лекарств, применяемых в нашей стране.

Купирование стертой абстиненции, в картине которой депрессия обычно занимает ведущее место, сводится к тому, что к дезинтоксикационным средствам можно добавить антидепрессанты с противотревожным действием (амитриптилин, пиразидол).

Психотропные средства предназначаются для нормализации поведения и подавления влечения к токсическому агенту. Эффективность лечения ими невысока. Малые дозы нередко недейственны, а большие вызывают побочные явления, которые обусловливают крайне негативное отношение к лечению у подростков. Использование циклодола в качестве корректора паркинсоноподобных нарушений нецелесообразно, так как этот препарат сам по себе служит для подростков одним из привлекательных средств, чтобы вызвать у себя галлюцинации.

Некоторые транквилизаторы также являются средствами, которыми подростки злоупотребляют и не столько с целью успокоения и релаксации, сколько для того, чтобы усилить алкогольное опьянение при наличии малых количеств спиртного, а также как веществами, которые в больших дозах сами по себе могут вызывать своеобразное отупение с эйфорическим оттенком настроения («балдеж» на сленге подростков).

Наиболее приемлемыми психотропными средствами, с учетом упомянутых оговорок, являются перициазин (неулептил) и тиоридазин (сонапакс, меллерил). Неулептил дают в каплях (1 капля 4 % раствора содержит 1 мг) по 5—10 мг 2—3 раза в день. После выписки из стационара его рекомендуется назначать 2 раза в день — после учебы и на ночь. Сонапакс применяют в таблетках в дозе 10—25 мг дважды или трижды в день. Вялость и сонливость обычно наблюдаются лишь в первые дни приема. К упомянутым средствам можно присоединять небольшие дозы антидепрессантов (амитриптилин или пиразидол по 25 мг утром и днем), а при склонности к дисфориям — карбамазепин (финлепсин, тегретол) по 0,2 на ночь.

Аверсионная терапия применялась в качестве попыток для подавления влечения к какому-либо ингалянту — предлагалось сочетать действие его запаха с применением средств, вызывающих рвоту. Однако, как указывалось в гл. 9 о лечении хронического алкоголизма, неподкрепляемые постоянно условные рефлексы отличаются нестойкостью. Кроме того, когда выработан условный рвотный рефлекс на запах одного ингалянта, которым злоупотреблял подросток, для него остается возможность перейти к другим ингалянтам с совершенно иным запахом.

В США пробовали к клею, ингаляциями которого злоупотребляли школьники, примешивать добавки с отталкивающим неприятным запахом — заметного эффекта это не дало.

Лечение психоорганического синдрома, кроме общеукрепляющих средств и витаминов, осуществляется посредством приема пирацетама (ноотропила) — по 0,4 3 раза в день. Эффект сказывается после длительного (недели—месяцы) лечения. Тем не менее, по данным психологических

обследований, постепенно улучшаются кратковременная память, способность концентрировать внимание.

При вялости, астении, апатии, малоподвижности и малоконтактности показаны ноотропы (пирацетам, ноотропил) и неспецифические стимуляторы: экстракт левзеи (по 20 капель 3 раза в день), настойка аралии (по 30 капель 3 раза в день), экстракт элеутерококка (по 20 капель 3 раза в день), а также сиднокарб (по 5—10 мг утром и днем; на ночь не давать) или сиднофен (в той же дозе).

В случае преобладания в картине таких психоорганических расстройств, как дисфория, аффективная взрывчатость, агрессивность, кроме неулептила, может быть рекомендован карбамазепин (финлепсин) по 0,2 2—3 раза в день.

Психотерапия у злоупотребляющих ингалянтами подростков имеет весьма ограниченную эффективность. Безусловно, подросток непосредственно от врача должен услышать о всех возможных вредных последствиях для здоровья. Некоторые подростки не отдавали себе в этом отчета. Однако следует учитывать, что в среде многих асоциальных подростковых компаний субъективная цена собственного соматического здоровья бывает невысока и значительно уступает субъективной цене развлечений и удовольствий. Угроза психическому здоровью, перспектива стать слабоумным, потерять способность соображать, стать беспамятным производит большее впечатление, но нередко воспринимается с недоверием. В этих случаях полезны бывают наглядные примеры, особенно с демонстрацией результатов психологических исследований, обнаруживающих нарушения памяти и внимания у данного подростка в сопоставлении с благоприятными результатами, полученными у других его сверстников.

Наиболее действенными в отношении подавления влечения и психической зависимости оказываются конкурентные интересы и увлечения, если таковые удается найти и пробудить.

Глава 11. ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ (АСТМАТОЛ, ЦИКЛОДОЛ, ДИМЕДРОЛ)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Галлюциногенами называют вещества, способные при их приеме даже в малых дозах (нередко миллиграммах) вызывать галлюцинации. В фармакологии их часто обозначают психотомиметиками, т. е. средствами, при действии которых возникают кратковременные («модельные») психозы [Мильштейн Г. И., Спивак Л. И., 1971].

Сюда относятся производные лизергиновой кислоты (например, LSD), триптамина (например, псилоцибин), фенилэтиламина (мескалин), гликолевой кислоты (дитран, амизил). Галлюцинаторное действие способны оказывать также каннабиноиды (действующие начала гашиша), атропин и атропиноподобные вещества, а также ингалянты (бензин, ацетон и др.). Однако их галлюциногенность обнаруживается при употреблении значительно больших доз, и, кроме того, не всегда галлюцинации являются ведущим симптомом в клинической картине интоксикации этими веществами.

Психоделические средства (от греч. psyche — душа, delos — просветление) — другое обозначение галлюциногенов, которое получило большое распространение во время движения хиппи в 60-х годах.

Слово «психоделический» стало впоследствии использоваться также для названия излюбленной ими музыки, которую слушали после приема галлюциногенов, и даже для особо броской одежды.

«Психоделическая музыка» (acid rock — кислотный рок) отличается большой громкостью исполнения, отсутствием мелодии, акцентированным ритмом, использованием электромузыкальных инструментов, издающих необычные звуки. Перед ее прослушиванием нередко принимали LSD, вероятно, испытывая эффект синэстезии, т. е. появление ярко окрашенных пятен или картин при громких звуках. В дальнейшем, возможно, в силу условнорефлекторного механизма, одна лишь подобная музыка вызывала переживания, сходные с теми, которые возникали после приема LSD.

Галлюциноз начинается с того, что окраска окружающих предметов кажется невероятно яркой, звуки — громкими и насыщенными, появляется субъективное ощущение обострения всех органов чувств («интенсификация перцепции»). Возникают синэстезии: слышимые звуки сопровождаются цветовыми ощущениями, музыка воспринимается как «цветомузыка».. В дальнейшем присоединяются зрительные и слуховые иллюзии, а также в ряде случаев — явления дереализации и деперсонализации.

Эмоциональные нарушения при этом разнообразны. Иногда преобладает эйфория, иногда — тревога и страх или растерянность.

Поведение во время галлюцинаций также бывает неодинаковым — от пассивного созерцания с критическим отношением до активных оборонительных или агрессивных действий с полной утратой критики. Подобные действия в определенные моменты могут представлять опасность как для самого галлюцинирующего, так в неменьшей степени и для окружающих.

Среди соматических расстройств чаще всего преобладают признаки симпатикотонии (широкие зрачки, частый пульс, мышечный тремор).

Галлюциноз обычно развивается через полчаса—час после приема галлюциногена. Продолжительность зависит от использованного вещества и его дозы — от 1—2 ч до суток и более.

Постгаллюцинаторное астеническое состояние обычно выражено нерезко и непродолжительно. В этот период охотно рассказывают о пережитом, делятся впечатлениями с окружающими.

Среди осложнений, кроме упомянутой агрессии и аутоагрессии, встречаются спонтанные рецидивы галлюциноза (без повторного приема галлюциногена), развитие галлюциногенного параноида и галлюциногенной депрессии. Прием галлюциногенов может провоцировать первый приступ шизофрении и аффективных психозов.

ИСТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

Употребление галлюциногенов известно с давних времен. Индейские племена в Америке во время религиозных ритуалов использовали высушенные верхушки одного из видов кактуса — пейота. Вызванным галлюцинациям приписывалось мистическое происхождение, а самому растению — божественная сила. Действующим началом оказалось вещество, названное мескалином, химически сходное с адреналином, но совершенно отличное по фармакологическим свойствам. Например, мескалин, в отличие от адреналина, расширяет периферические сосуды, понижает артериальное давление, в больших дозах вызывает брадикардию.

Как наркотик или дурманящее вещество мескалин распространения не получил. Однако в XX столетии появились сообщения об его использовании в целях «экспериментирования над собой». Популярными стали книги известного английского писателя Олдоса Хаксли (A. Huxley) «Двери к перцепции» и «Небеса и преисподняя» (1956) о поставленных им на себе опытах с приемом мескалина и с художественным описанием галлюцинаторных переживаний. Возможно, эти книги подтолкнули других к употреблению иных галлюциногенов, например, LSD. Еще гораздо ранее в нашей стране сходные самонаблюдения с мескалиновым галлюцинозом опубликовали А. Б. Александровский (1934) и С. П. Рончевский (1937). К сожалению, их обстоятельные описания остались малоизвестными специалистам.

Среди других американских индейцев — ацтеков — в подобных же ритуальных целях использовался один из видов мексиканских грибов — псилоцибе («божественный гриб»). В 1958 г. A. Hoffmann выделил из него активное вещество, названное псилоцибином. Будучи более активным, чем мескалин, это вещество в малых дозах вызывает эйфорию, а в больших — галлюциноз.

Картина интоксикации мескалином и псилоцибином начинается с «цветового опьянения» — все краски кажутся необыкновенно яркими, все блестит, в глазах появляются радужные точки и полосы. За этим следуют калейдоскопические зрительные галлюцинации. Слуховые обманы обычно отсутствуют, зато могут возникнуть явления дереализации и деперсонализации. Характерно ощущение раздвоенности личности с возможностью наблюдать себя со стороны как другого человека. Отмечены также ощущения распухания собственного тела, отделения его частей, впечатление, что «душа независима от тела». Сознание сохраняется. Как правило, имеется критическое

отношение к своим переживаниям, понимание того, что это — галлюцинации. Впоследствии все хорошо сохраняется в памяти.

Подобные острые галлюцинозы (они длятся от нескольких часов до суток) нельзя расценить ни как делирии (если не обозначить их как «люцидный делирий», т. е. без помрачения сознания), ни как онейроиды (отсутствует фантастическая фабула).

В 1943 г. в лаборатории швейцарской фармацевтической фирмы «Сандос» было получено вещество, в сотни и тысячи раз более активное, чем псилоцибин и мескалин [Hoffmann A., Stoll A., 1943]. Оно не обладает ни вкусом, ни цветом, ни запахом, и ничтожные его количества способны вызвать галлюцинации, в основном зрительные. Эти свойства сделали его опасным: оно незаметно может быть добавлено в пищу и питье другим людям, а его небольшое количество достаточно для массового отравления. Подобная ситуация была представлена в фантастическом романе Дина Романо (Dean Romano), где отравленным оказалось население целого города. Это вещество, ставшее известным под названием LSD, может быть причиной галлюциноза, длящегося, в зависимости от дозы, от 1—2 ч до полусуток. Галлюцинации сопровождаются разнообразными эмоциональными переживаниями — от эйфории и экстаза до тревоги и панического страха, иногда быстро сменяющих друг друга. Симптомы деперсонализации, дереализации и нарушения схемы тела дополняют картину. Критическое отношение к переживаниям, к тому, что они вызваны галлюциногеном, утрачивается только под действием больших доз. После прекращения галлюциноза возможны рецидивы через несколько часов в виде новых коротких приступов, без повторного введения галлюциногена.

У части лиц, прибегавших к LSD, с первых приемов пробуждается сильное влечение к повторению интоксикаций. В этих случаях легко формируется психическая зависимость, которая может быть очень сильной. У таких людей вызывание у себя галлюциноза становится основным смыслом жизни (acid freaks — «кислотные чудаки»). Но никаких признаков физической зависимости отмечено не было.

В последние годы в США получили распространение галлюциногены с очень коротким действием — 30—40 мин. Наиболее известен диэтилтриптамин. Его используют в виде сигарет или инъекций, не прерывая работы,— во время обеденного перерыва, уединившись, тайком.

В отличие от других галлюциногенов, LSD в западных странах попал на черный рынок, стал изготовляться подпольными лабораториями. В силу большой социальной опасности во многих странах этот галлюциноген включен в число наркотиков. В СССР его использование вообще преследуется законом.

В конце 60-х — начале 70-х годов злоупотребление LSD распространилось среди подростков в США. В Калифорнии при обследовании 25 тыс. школьников старших классов оказалось, что 14 % из них испытали на себе галлюциногенное действие LSD [Weiner I., 1972]. В последующем интерес к этому веществу у подростков начал исчезать. Возможно, это было связано с тем, что сократилось его поступление на черный рынок, или тем, что на спад пошло движение «хиппи», среди участников которого злоупотребление данным средством было особенно популярно.

Вместо LSD в качестве «психоделического средства» подростки в США пытались использовать порошок мускатного ореха, семена вьюнка и др., но мода на эти формы злоупотребления вскоре также прошла.

В СССР случаев злоупотребления LSD среди подростков отмечено не было. Заявления подростков истероидного типа о том, что они пробовали действие данного средства на себе, при проверке оказывались фантазиями и хвастовством.

Сленг подростков, употреблявших LSD и сходные по действию вещества, видимо, довольно образно передавал оттенки испытываемых переживаний. Галлюциноз назвали trip — приятное путешествие, поездка; transit — переход (имелся в виду «иной мир»); instant Zen — немедленное погружение в состояние, которого дзен-буддисты добиваются годами упражнений; mind binder — духовный кутеж; third eye — третье зрение и т. п. Сам же LSD назывался ticket — билет для поездки.

Среди подростков в нашей стране встречались в основном случаи злоупотребления в качестве галлюциногенов холинолитическими средствами — сперва астматолом, содержащим атропин и сходные с ним вещества, а затем циклодолом, а также димедролом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНТОКСИКАЦИИ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

АСТМАТОЛОВЫЙ ДЕЛИРИЙ

Со злоупотреблением атропином среди подростков нам сталкиваться не приходилось. В конце 60-х — начале 70-х годов встречались отдельные случаи одурманивания астматолом. Под таким наименованием выпускаются сигареты, курение которых рекомендуется для прерывания приступа бронхиальной астмы. В состав астматола входят 20 % листьев красавки (белладонны), 10 % листьев белены, 60 % листьев дурмана и 10 % натрия нитрата. Все листья содержат алкалоиды из группы атропина — скополамин, гиосциамин и др.

При злоупотреблении в целях одурманивания астматол не курят, как это официально рекомендовано, а пьют приготовленный из него настой.

Предметом наших наблюдений оказались несколько подростков, которые были госпитализированы в психиатрическую больницу на высоте астматолового делирия. Его картина не отличалась от описанной у взрослых [Банщиков В. М. и др., 1971]. Больные озирались, к чему-то присматривались, ощупывали руками стены и мебель, что-то искали на полу, пытались закурить несуществующую сигарету. Контакт был крайне затруднен, отвечали не всегда и иногда невпопад. Не понимали, где находятся и кто их окружает. Среди персонала и других больных видели прежних знакомых. Были дезориентированы во времени — даже затруднялись сказать, утро сейчас или вечер. С трудом называли себя. Отрывочными репликами подтверждали наличие зрительных галлюцинаций, которые

принимали за реальность. Видели бандитов в масках, террористов, милиционеров, «своих ребят», а также бегающих мелких животных, полчища насекомых. Иногда заявляли, что окружающая обстановка кажется им удивительно красивой — «все блестит и переливается разными красками».

Среди вегетативных симптомов обращали на себя внимание гиперемия лица, широкие зрачки, частый пульс.

После инъекции аминазина наступал продолжительный крепкий сон. При пробуждении делирия уже не было, но в последующие дни по вечерам могли снова возникать делириозные эпизоды, обычно скоропроходящие.

Отличительной чертой астматолового делирия была полная или почти полная амнезия на период галлюцинаторных переживаний. О галлюцинациях могли сохраняться лишь отдельные отрывочные или смутные воспоминания. События, происходившие в это время в действительности, также выпадали из памяти. Состояние во время делирия и последующая амнезия превращали подростков в беспомощные объекты для злых умыслов со стороны сверстников и старших преступников. Их обворовывали, делали предметом надругательств. Но даже если одурманивание происходило в «своей компании» и подобная опасность исключалась, то последующая амнезия не давала возможности поделиться с приятелями содержанием своих необычных переживаний и подобный способ интоксикации утратил для подростков привлекательность.

Имеются указания, что у взрослых малые дозы астматолового отвара способны вызвать своеобразную эйфорию, сочетающуюся с предделириозным состоянием — ощущением необычной яркости красок окружающего, «красоты» обстановки и т. п. Астматоловые же делирии у взрослых были следствием непредвиденной передозировки [Банщиков В. М. и др., 1971].

Постделириозное состояние отличается адинамией, малоподвижностью, вялостью, безучастностью к окружающему. Оно может быть связано с продолжающимся действием скополамина, также содержащегося в астматоле. Быстрая утомляемость проявляется при малейшем умственном напряжении — выполнении счетных операций, необходимости что-либо вспомнить, концентрации внимания.

Лечение астматолового делирия могло бы осуществляться с помощью антагониста атропина — физостигмина (эзерина). Однако для этого надо быть твердо уверенным, что делирий вызван именно астматолом, т. е. содержащимися в нем атропиноподобными веществами. Подобная уверенность бывает редко. Кроме того, физостигмин для инъекций должен растворяться непосредственно перед употреблением. При стоянии его раствор быстро теряет активность (признаком чего является появление розовой окраски). Для купирования астма-

толового делирия потребовалась бы большая доза физостигмина (до 10—15 мг). Все это затрудняет его использование.

Для купирования астматолового делирия обычно прибегали к инъекциям аминазина (50—100 мг внутримышечно), после которых вскоре наступают успокоение и сон[1]. Однако за больным требуется тщательное наблюдение в связи с возможностью коллапса.

ЦИКЛОДОЛОВЫЙ ДЕЛИРИЙ

Клиническая картина была описана Д. Д. Федотовым, А. С. Чудиным и С. А. Саркисовым (1976).

Злоупотребление циклодолом среди подростков пришло на смену астматолу и получило распространение со второй половины 70-х годов. По нашим данным, циклодол в дозах, вызывавших делирий и потребовавших госпитализацию в психиатрическую больницу, использовали около 10 % подростков мужского пола среди поступивших в подростковое психиатрическое отделение в связи с токсикоманиями и злоупотреблением различными дурманящими веществами.

Циклодол принимают сразу в большой дозе (до нескольких десятков таблеток по 0,002) и нередко запивают не водой, а пивом или вином. При сочетании с алкоголем делирий длится дольше и протекает тяжелее.

Первоначальная реакция на большую дозу циклодола носит преимущественно характер эмоциональных нарушений — либо развивается эйфория, либо возникает страх, иногда веселье и тревога чередуются друг с другом.

Э. А. Бабаян и М. Х. Гонопольский (1987) условно выделили 4 стадии интоксикации: эйфорию, сужение сознания, фазы галлюцинаторную и выхода.

По нашим наблюдениям, у подростков отчетливо выступают 2 стадии: эйфория, нередко с дереализационными переживаниями, и делирий. Иногда между ними бывает период сна.

Если принятая доза лишь в 3—4 раза превышала терапевтическую и действие циклодола не было усугублено приемом алкоголя, картина интоксикации ограничивалась только эйфорией без последующего делирия. Обычно в этих случаях подростки не попадают под наблюдение психиатра, интоксикация может проходить даже незамеченной для окружающих взрослых. Во время эйфории приятное самочувствие сочетается с болтливостью. Поведение внешне может напоминать алкогольное опьянение утрированной мимикой и жестикуляцией. Иногда появляется ощущение того, что обстановка вокруг

---

[1] К аминазину (торазину) в США прибегали любители LSD, когда галлюцинации приобретали устрашающий характер.

как-то странно меняется, все становится необычно ярким, «интересным». Могут быть отдельные зрительные и слуховые иллюзии, к которым сохраняется критика.

При приеме больших доз циклодола в суицидных целях эйфория отсутствовала [Федотов Д. Д. и др., 1976].

На фоне эйфории вегетативные нарушения сводятся к гиперемии лица, тахикардии, колебаниям артериального давления, мидриазу, иногда к параличу аккомодации (ухудшается зрение, невозможно прочесть мелкий шрифт). Могут наблюдаться атетоидные движения пальцев и кистей рук — что-то невидимое все время крутят в руках.

При больших дозах циклодола и особенно при его сочетании с алкоголем вслед за эйфорией может наступить стадия наркотического сна.

Во сне беспокойны, в постели вертятся, что-то бормочут, вскрикивают. Видимо, имеются яркие сновидения, о которых впоследствии почти ничего не помнят. Разбудить во время этого сна очень трудно, почти невозможно — в ответ что-то невнятно бормочут и тотчас снова засыпают.

После нескольких часов сна (иногда до 8—12 ч) просыпаются. У части подростков в последующем наблюдается только астения, у других развивается делирий.

Картина делирия может развернуться также сразу — через 1—2 ч после приема больших доз циклодола без периода наркотического сна.

Во время делирия преобладают яркие красочные зрительные галлюцинации. Их содержание (как и аффективный фон, на котором они возникают) зависит от ситуации, предшествующей интоксикации, и эмоциональной реакции подростка на эту ситуацию. Если циклодол был принят в компании приятелей, во время веселья и беззаботной болтовни, то и видения представляют радужные картины, смешные происшествия, развлекающие сцены. Если же интоксикации предшествовали столкновения, драки, ссоры, опасения быть избитым или другие устрашающие события, то и в картине делирия преобладают страх, видятся бандиты, преследователи, сцены нападений и т. п. Но во всех случаях галлюцинации отличаются калейдоскопичностью, быстрой сменой разнообразных эпизодов и картин. Вместе с тем одни и те же сцены могут повторяться по нескольку раз.

Глазодвигательные расстройства могут сказываться нарушениями восприятия: видимые предметы двоятся; кажется, что у собеседника две головы, четыре руки, формы фигур искажаются, удлиняются, искривляются.

Слуховые галлюцинации, если и бывают, то остаются на втором плане и всегда выступают в едином комплексе со зрительными, будучи тематически с ними связанными.

Нередко наблюдается своеобразный «симптом исчезающей сигареты», характерный именно для психозов, вызванных холинолитическими средствами. Когда подросток не видит собственной руки, у него появляется ощущение, что между пальцами зажата сигарета. Как только он пытается поднести ее ко рту и рука оказывается в поле зрения — сигарета «исчезает». Подросток с недоумением разглядывает свою руку. Думая, что он сигарету обронил, осматривает одежду, начинает искать ее на полу и т. п.

Циклодоловый делирий часто прерывается светлыми промежутками — они длятся от нескольких минут до нескольких часов. В эти периоды галлюцинации прекращаются, сознание проясняется, но бывшие галлюцинаторные переживания (в отличие от астматолового делирия) подростки хорошо помнят. Ими охотно делятся с окружающими, подвергают критической переработке. Бредовых идей на основе бывших галлюцинаций не развивается.

При приеме очень больших доз циклодола делирий может перейти в сопор и кому, но это встречается крайне редко.

При неврологическом осмотре во время психоза видны широкие зрачки, часто отмечаются гиперемия лица, интенционный тремор, умеренная тахикардия.

Длительность психоза невелика — около суток. Затем в течение нескольких дней наблюдаются астения, вялость, сонливость днем и бессонница ночью.

Иногда через день-другой могут возникать короткие рецидивы делирия — на несколько часов. Это вовсе не означает, что подросток подвергся повторной интоксикации. Резидуального бреда не бывает.

При повторных приемах циклодола у части подростков возникает желание с помощью относительно небольших доз добиваться только эйфории с предделириозным состоянием, которое трактуется как кайф. Стремление к эйфории (кайфу) отличается от намерения испытать галлюцинации («поймать глюки»), что дает основание разделять психическую зависимость на эйфорическую и галлюцинаторную [Зефиров С. Ю., 1988].

Лечение. Купирование делирия осуществляется посредством инъекций аминазина (50—100 мг внутримышечно) или сибазона (реланиума, седуксена) также внутримышечно — 2—4 мл 0,5 % раствора (т. е. 10—20 мг). После инъекции вскоре наступает продолжительный сон. При пробуждении остается только астения. Однако эти средства должны быть дополнены описанными в гл. 6 дезинтоксикационными мероприятиями, чтобы предотвратить рецидивы делирия.

ДИМЕДРОЛОВЫЙ ДЕЛИРИЙ

Димедрол известен как антиаллергическое, противогистаминное средство, оказывающее также седативный и снотворный эффект. Однако данный препарат оказывает центральное холинолитическое действие. Именно с этим может быть связана способность этого препарата вызывать делирий, если его принимают в больших дозах. К тому же димедрол очень хорошо растворяется в спирте. Если несколько таблеток димедрола (обычно 5—10) запивают спиртными напитками, даже пивом, это облегчает быстрое всасывание и развитие делирия.

Небольшие дозы димедрола (2—3 таблетки, т. е. 0,1—0,15) в сочетании с алкоголем могут только усиливать опьянение, способствовать быстрому «отключению», обычно с глубоким сном. Наоборот, большие дозы димедрола в сочетании с алкоголем скорее вызовут делирий.

Картина димедролового делирия сходна с таковым, вызванным астматолом и циклодолом. Зрительные галлюцинации, как и при циклодоловом делирии, отличаются калейдоскопичностью — быстрой сменой эпизодов и картин, нередко развлекающих и занимающих подростков. Точно так же предшествующая интоксикации обстановка нередко определяет аффективный фон (от эйфории до страха) и содержание видений.

После стычек и драк со сверстниками в галлюцинациях преобладают картины побоищ, видятся люди, грозящие подростку расправой или убийством.

На высоте делирия критическое отношение к галлюцинациям может утрачиваться. Тогда больной может стать опасным для себя и окружающих. Например, подросток, перед тем как пойти вечером в дискотеку, принял несколько таблеток димедрола и запил кружкой пива. Помнил, что пришел в дискотеку, но вскоре «отключился». Через несколько часов прибежал домой в страхе в одних трусах. Озирался, проверял запоры у дверей, испуганно, из-за занавески, подглядывал за кем-то на улице, слышал оттуда чьи-то угрожающие голоса. Впоследствии выяснилось, что в дискотеке затеял драку, сам был избит, убежал, у какого-то водоема разделся, видимо, собираясь лезть в воду, но затем, оставив на земле одежду, побежал домой.

При сочетанном действии алкоголя и димедрола возникают более тяжелые психозы, чем при интоксикации циклодолом. Они сопровождаются помрачением сознания, утратой критики к делириозным переживаниям. Свойство димедрола вызывать спутанность сознания была отмечена дерматологами, когда

мазью с димедролом неоднократно в течение дня смазывали большие участки кожи [Савчак В. И., 1982].

Лечение при димедроловом делирии такое же, как при циклодоловом.

АТИПИЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ

ПОСТГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЕ РЕЦИДИВЫ

Рецидивы могут возникать в ближайшие дни без повторного приема галлюциногенов и без видимых провоцирующих факторов. В американской психиатрической литературе их называют flashback, что по-английски буквально означает «задние огни автомашины».

Подобным рецидивам способствуют различные сопутствующие экзогенные заболевания (вирусный грипп, лихорадочная реакция на вакцинацию и т. п.).

Во время рецидивов обычно воспроизводится не вся картина перенесенного ранее галлюциноза, а его отдельные фрагменты. Чаще встречаются элементарные зрительные галлюцинации (чьи-то лица, цветные вспышки, геометрические фигуры), иллюзии, ощущение особой яркости красок, звона в голове и т. п.

Подобные рецидивы непродолжительны, их длительность — от нескольких минут до нескольких часов, но не более суток. Естественный сон их прерывает. Если же рецидив затягивается, то речь скорее идет о дебюте галлюцинаторного синдрома иной этиологии (психические расстройства при резидуальном органическом поражении головного мозга, параноидная шизофрения), которые были провоцированы приемом галлюциногена.

ГАЛЛЮЦИНОГЕННЫЙ ПАРАНОИД

Параноидный синдром развивается после употребления галлюциногена, на фоне вызванного им галлюциноза, когда может появиться убеждение, что все необычные переживания, действительно, отражают реальность, что все это происходит на самом деле, а не кажется. Критическое отношение к галлюцинациям полностью утрачивается. Их бредовая интерпретация может сохраняться также после прекращения галлюциноза. Однако через несколько дней галлюциногенный параноид ослабевает, и постепенно бредовые переживания оцениваются критически.

Если же бредовое толкование галлюцинаций держится по многу дней и тем более если бредовые идеи начинают систематизироваться, обогащаться новыми деталями, то это скорее

свидетельствует о провокации галлюциногеном приступа или дебюта параноидной шизофрении. В случаях, когда после прекращения галлюциноза или в ближайшие 2—3 дня пережитое критически оценивается, то транзиторная бредовая интерпретация не дает никаких оснований для диагноза шизофрении. Однако такие подростки составляют контингент высокого риска данного заболевания — «патос» шизофрении по А. В. Снежневскому (1972). Описанные транзиторные параноидные приступы могут рассматриваться как предвестники — «зарницы» [Личко А. Е., 1979, 1985; Зефиров С. Ю., 1988].

Лечение проводится с помощью психотропных средств. Но не следует спешить с терапией трифтазином (стелазином) или галоперидолом. В течение нескольких дней лучше попытаться ограничиться сибазоном (реланиумом, седуксеном), тиоридазином (меллерилом, сонапаксом), а на ночь давать левомепромазин (тизерцин). Однако, если параноид затягивается более чем на 5—7 дней, то следует приступить к лечению трифтазином, как при параноидной шизофрении, в дозах до 20—30 мг в сутки. Если при подобном лечении появляется критика к прежним бредовым высказываниям, то в течение 1—2 нед можно постепенно уменьшать дозу до полной отмены.

ГАЛЛЮЦИНОГЕННАЯ ДЕПРЕССИЯ

Депрессивное состояние возникает сразу же за приемом галлюциногена или в ближайшие сутки-двое после перенесенного галлюциноза.

Чаще всего наблюдается картина ажитированной тревожной депрессии. Больной многоречив, иногда почти непрерывно говорит. В его высказываниях звучат самоупреки, самоукоры, обвинения себя во всех грехах, страх сойти с ума, навсегда остаться в подобном беспокойно-угнетенном состоянии. Тем не менее на короткое время больные способны поддаваться разубеждению, охотно его выслушивают. Иногда отмечают наплывы мыслей. На высоте тревоги и отчаяния возможны суицидные попытки.

Страдают бессонницей. О еде не вспоминают, но упорных отказов от пищи встречать не приходится.

Длительность подобных депрессий различна — иногда всего лишь сутки, иногда же они затягиваются на недели. В последнем случае возможно, что галлюциноген оказался провокатором фазы шизоаффективного психоза. Однако подобный диагноз обоснован только тогда, когда депрессия затягивается на несколько недель или когда ее картина начинает обогащаться новыми симптомами и тем более, если после светлого промежутка возникают повторные психотические депрессии.

Лечение антидепрессантами лучше начинать только, если испробованы и остались без эффекта транквилизаторы (седуксен) или нейролептики с антидепрессивным действием (тизерцин). Применение антидепрессантов, особенно имизина (мелипрамина) или амитриптилина у подростков сопряжено с высокой вероятностью смены фазы — перехода в гипоманиакальное состояние с повышенной активностью, болтливостью, отвлекаемостью и внезапной сменой идей самообвинения на идеи величия.

Можно использовать сочетание седуксена (по 10—20 мг 2—3 раза в день) с тизерцином (25 мг на ночь). При тяжелом состоянии следует использовать внутривенные вливания седуксена (реланиума) по 2 мл 5 % раствора. В вену его надо вводить медленно, растворив в 10—20 мл изотонического раствора натрия хлорида. В той же дозе реланиум можно вводить внутримышечно. Если депрессия не ослабевает, то амитриптилин (по 25—50 мг 2—3 раза в день) предпочтительно присоединить к продолжающемуся лечению седуксеном.

ПРИСТРАСТИЕ К ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМ

Как правило, галлюциногены подростками используются эпизодически — от случая к случаю. Регулярные, почти ежедневные, приемы этих средств с развитием постоянного тяготения к галлюцинозу, нечто подобное психической зависимости, у подростков являются очень редкими.

Однако в последние годы наметилась тенденция среди некоторых подростковых групп к довольно регулярному злоупотреблению циклодолом в малых дозах, которые вызывают своеобразную эйфорию (взвинченность, взбудораженность, ощущение повышенной активности), но еще неспособны вызвать делирий. В подобных случаях возможно возникновение пристрастия к циклодолу, сходного с психической зависимостью, и становится правомерным диагноз токсикомании. Но даже при подобном злоупотреблении циклодолом подростки переходят к другим дурманящим средствам. Возможно также самопроизвольное прекращение интоксикаций.

Как было сказано ранее, в США в отношении LSD у некоторых личностей отмечена довольно стойкая психическая зависимость — acid freaks — «кислотные чудаки», у которых галлюцинозы начинают составлять основной смысл жизни. У взрослых описаны случаи тяжелой циклодоловой токсикомании с возрастанием толерантности до 30 таблеток по 0,002 на прием. При этом быстро развиваются признаки психоорганического синдрома — нарушения памяти, внимания, сообразительности. Перерыв в употреблении приводит к явлениям абстиненции, которая проявляется тревогой и страхом или

злобно-тоскливым настроением, общим мышечным тремором, болями в мышцах и суставах. У подростков подобные тяжелые интоксикации не встречались.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Галлюциноз может быть вызван не только галлюциногенами, но и другими токсическими веществами, например ингалянтами или гашишем. Действие ингалянтов позволяет распознать специфический запах изо рта. Вызванный тяжелым гашишным отравлением галлюциноз отличить трудно, когда нет достоверных анамнестических данных. Если использованное вещество неизвестно, точный диагноз возможен лишь на основании исследования крови и мочи на содержание подозреваемых психоактивных веществ. Клиническая картина позволяет поставить лишь предварительный диагноз.

Алкогольный делирий у подростков встречается редко — он бывает следствием длительного и тяжелого пьянства. Сходные с описанными картины галлюциноза могут возникать при наличии эпилептогенного очага в височных и затылочных долях мозга. Их отличают наличие эпилептических приступов в анамнезе и пароксизмальная активность в этих областях на электроэнцефалограмме.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Л е ч е н и е складывается из купирования галлюциноза или делирия с помощью психотропных средств, дезинтоксикации и психотерапии.

Для купирования галлюциноза или делирия чаще всего прибегают к внутривенным вливаниям сибазона (седуксена, реланиума, диазепама), реже — к инъекциям аминазина внутримышечно. Об их использовании указано при описании отдельных видов делирия.

Дезинтоксикация осуществляется с помощью неспецифических средств, описанных в гл. 6.

Раньше, когда в целях дезинтоксикации вводили внутримышечно сульфозин (1 % раствор очищенной серы в персиковом масле), вызываемая этим средством гипертермическая реакция иногда влекла за собой рецидив делирия без повторного приема галлюциногена (см. «Постгаллюциногенные рецидивы»). Как уже было указано, с 1989 г. это средство изъято из употребления в нашей стране.

Психотерапия наиболее показана в виде рациональной индивидуальной. Когда подросток только что сам перенес острый психоз и оказался свидетелем хронических психозов у соседних больных, то в этот период он представляет наиболее бла-

гоприятный объект для психотерапии — более восприимчив к разъяснениям грозящего ему вреда в случае повторных злоупотреблений. Если в настоящую эпоху в некоторой части подростковой популяции упала субъективная цена соматического здоровья, то страх навсегда «сойти с ума» остается еще довольно действенным.

Профилактика, прежде всего, состоит в том, чтобы предотвратить доступ галлюциногенов в руки подростков. В нашей стране до настоящего времени не было зарегистрировано ни одного случая злоупотребления подростками LSD [Бабаян Э. А., 1988], так как подобные препараты им недоступны. От подростков с истероидным типом акцентуации характера приходилось слышать, что они употребляли LSD. Однако при тщательном выяснении обстоятельств и расспросе о переживаниях оказывалось, что либо подобное заявление было просто демонстративным хвастовством, либо использовался циклодол или димедрол, притом в небольших дозах, а описываемые переживания были или фантазиями, или почерпнутыми из литературы.

Циклодол подростки могут добывать от больных шизофренией, которым он предписан в качестве корректора при лечении нейролептиками. Близкие таких больных должны следить за расходом данного лекарства. Надо избегать, чтобы у больного на руках скапливалось значительное его количество.

В отношении профилактических лекций и бесед о вреде галлюциногенов следует соблюдать особую осторожность. Они целесообразны лишь в тех группах подростков, среди которых уже было отмечено злоупотребление этими веществами или какая-то информация о них в эти группы уже поступила и вызвала явный интерес. В общей популяции подростков подобные лекции и беседы, особенно распространяемые средствами массовой информации, могут повлечь за собой желание поэкспериментировать, испытать необычные переживания.

Глава 12. СТИМУЛЯТОРЫ (ЭФЕДРОН, ПЕРВИТИН, ФЕНАМИН, КОФЕИН)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В данную группу токсических веществ включаются те, которые способны вызвать необычный душевный подъем, стремление к деятельности, устранить чувство усталости, создать субъективное ощущение неутомимости, бодрости, необычной ясности ума и легкости движений, быстрой сообразительности, уверенности в своих силах и способностях, даже бесстрашия. В отличие от вызванного эйфоризаторами, подобный подъем

хотя и сопровождается приподнятым настроением, но его нельзя назвать «солнечным» или безмятежным. Наоборот, повышенный психический тонус сочетается с взбудораженностью, более или менее выраженной тревожностью, постоянной настороженностью, даже подозрительностью к происходящему вокруг.

Побочными эффектами становятся бессонница, угнетение аппетита, тахикардия, иногда с экстрасистолией, повышение артериального давления, мышечный тремор.

Вызванные стимуляторами состояния имеют сходство с гипоманиакальными повышением активности и ощущением общего подъема, но отличаются от них тревожной настороженностью и снижением аппетита, что делает их похожими на смешанные состояния при шизоаффективных психозах у подростков [Личко А. Е., 1985].

ИСТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

После второй мировой войны, когда Япония была оккупирована американскими войсками, полиция у задержанных по разным причинам подростков стала находить припрятанными какие-то таблетки. Это оказался амфетамин (советский аналог — фенамин). Во время войны этот препарат давали американским летчикам и морякам как средство для снятия усталости, борьбы со сном во время несения службы, повышения бдительности. К 1954 г. в Японии уже сотни тысяч подростков злоупотребляли амфетамином, а одно из его производных — метиламфетамин — стали затем вводить внутривенно [Nagahama M., 1968].

Именно злоупотребление амфетамином среди японских подростков, начавшееся в 50-х годах, оказалось началом «эпидемии подростковых наркоманий» второй половины XX столетия. Из Японии эпидемия перебросилась в США (возможно, с возвратившимися домой демобилизованными молодыми солдатами), а затем в Европу. Особенно распространилась амфетаминомания среди подростков в Англии [Boyd P., 1971] и в Швеции [Jansson B., 1970].

Амфетамин как средство, снимающее усталость и повышающее активность, оказалось привлекательным для подростков по двум причинам. Именно в конце 50-х — начале 60-х годов в США модными стали в подростковой среде «all night dance» — «танцы всю ночь» в специальных клубах. Танцевали рок-н-ролл, твист, шейк, т. е. танцы, требовавшие большой физической нагрузки. Амфетамин позволял подростку «быть на уровне» со всеми и даже опережать других в выносливости. Другой причиной было широкое распространение в те же годы

подростковых банд, устраивавших кровавые побоища друг с другом за «обладание территорией», на которую не допускались «чужаки». Амфетамин стимулировал агрессивность, устранял страх, повышал бдительность, придавал самоуверенность, делал более «боеспособным». В итоге уже в 1964 г. в Англии у 18 % подростков, сбежавших из дома или интернатов и задержанных полицией, в моче обнаруживали дериваты амфетамина [Scott P., Willcox D., 1965]. В Швеции в 1966 г. амфетамином злоупотребляли 28 % подростков [Goldberg L., 1968], в Калифорнии к началу 70-х годов — 20 % школьников старших классов [Weiner I., 1972], а вообще в США амфетамин распространился «без различия регионов и классов» [Markham D., 1968].

С середины 60-х годов появился ряд сообщений о том, что подростки стали вводить себе амфетамин внутривенно. Для вливаний также часто использовались метилфенамин и метилфенидат (в СССР его название — меридил, но больше он известен как центедрин, риталин).

В 70-х годах злоупотребление амфетамином среди подростков в западных странах пошло на убыль. Амфетамин сменили марихуана, героин, галлюциногены и ингалянты.

В СССР фенамин оказался малодоступным подросткам. Его продажа в аптечной сети строго контролируется, его медицинское применение крайне ограничено. Один из амфетаминовых препаратов — фенметразин, ранее использовавшийся как средство подавления чувства голода для уменьшения массы тела, вообще был изъят из употребления. Все это, несомненно, препятствовало незаконному использованию подобных препаратов. Встречались лишь единичные случаи эпизодического злоупотребления центедрином.

Несколько большее значение приобрел кофеин. В отдельных регионах Прибалтики одно время встречалось злоупотребление кофейной гущей — кофе употреблялся в виде густого киселя.

Опыт употребления чифира — очень крепкого отвара чая, действующим началом которого также являются алкалоиды кофеина, делинквентные подростки заимствовали у вышедших из мест заключения преступников. Но в основном это были редкие случаи эпизодического злоупотребления.

Во второй половине 80-х годов в нашей стране возникла реальная угроза подростковой эфедроновой наркомании. До этого склонность к злоупотреблению эфедроном проявляли молодые люди 18—25 лет. Быстрое возникновение психической, а затем и физической зависимости сделали эфедрон (кустарным способом приготовленный препарат, сходный с эфедрином) особо опасным, что дало основание включить его в число наркотиков. Почти одновременно в некоторых регионах

страны появился сходный самодеятельный препарат, называемый на сленге «ширкой» и представляющий собой производное первитина.

КАРТИНА ИНТОКСИКАЦИИ СТИМУЛЯТОРАМИ

ЭФЕДРОНОВОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Эфедрон — продукт переработки средств, содержащих эфедрин (капли и мази от насморка, солутан, используемый для купирования приступов бронхиальной астмы и др.). Его получают кустарным способом с применением примитивной лабораторной техники. При изготовлении используются калий перманганат, уксусная кислота, йод. Обнаружение в местах встреч подростков этих веществ служит косвенной уликой, позволяющей заподозрить подобную «лабораторию». Примесь марганца в изготовляемых препаратах оказывает особое токсическое действие при длительном злоупотреблении [Найденова Н. Г., 1988].

Среди наркоманов эфедрон известен под жаргонными названиями «коктейль джеф», «марцефаль», «мурцовка», «мулька» [Пятницкая И. Н. и др., 1986].

Реже применяют сам эфедрин. Его 2—3 % раствор (капли от насморка) концентрируют выпариванием до 10—12 % раствора и вводят внутривенно. С первым подобным случаем нам пришлось столкнуться еще в 1977 г. Подросток 14 лет, возвращенный из специальной школы-интерната для трудновоспитуемых домой и в обычную школу как вполне исправившийся, тайком выпаривал из капель от насморка эфедрин и регулярно, даже 2—3 раза в день, вводил себе полученную жидкость внутривенно (до 30 мл в сутки).

В Англии отмечено было злоупотребление эфедрином подростками, лечившимися им от бронхиальной астмы [Boyd P., 1971].

Картина острой интоксикации эфедрином описана P. Boyd (1971), И. Т. Станкушевым (1982), И. Н. Пятницкой и соавт. (1986), Г. Я. Лукачером, А. Г. Врублевским и соавт. (1987), Н. Г. Найденовой (1988). Ее проявления несколько отличаются при пероральном употреблении (более редком) и при внутривенных вливаниях.

При пероральном употреблении через 10—15 мин после приема развивается эйфория со своеобразными психосенсорными нарушениями. Появляется ощущение необычной легкости тела — «невесомости». Краски окружающего кажутся яркими и сочными. Возникают синэстезии — при звуках в глазах появляются радужные пятна. Характерно также чувство «собственной доброты», «любви к людям», сопереживания любому

чужому, чаще мнимому, горю, а также необычной ясности и четкости мыслей [Пятницкая И. Н. и др., 1986]. В какой-то степени подобное состояние «обостренной чувствительности» представляет собой как бы антипод того, которое в психиатрии известно как «болезненное бесчувствие» — anaesthesia dolorosa.

При внутривенном введении эфедрона симптоматика развивается со стремительной быстротой. Первая фаза действия наступает в течение нескольких минут («приход», «напор» и т. п.). Появляются легкий озноб, ощущение покалывания в руках и ногах. Кажется, что волосы на голове шевелятся, «становятся дыбом», «начинают расти». Ощущается сердцебиение.

Вторая фаза начинается через 10—20 мин — возникающее состояние можно охарактеризовать как атипичное гипоманиакальное. Настроение приподнято, ощущается душевный подъем. Но подростки, ранее испытавшие действие опиатов, подмечают существенное различие между «кайфом» (эйфория с чувством физического и психического комфорта без стремления к деятельности и общению), ими вызванным, и необычным «подъемом» всех жизненных сил после инъекции эфедрина. Этот подъем отличается повышенной активностью, тянет к сверстникам, к приключениям. Непоседливость может достигать беспокойной суетливости. Подростки становятся болтливыми, говорят быстро и без умолку, перескакивая с темы на тему, отвлекаясь и повторяясь. Ко всем навязчивы, хотят делиться своими мыслями и чувствами, прилипчивы со своей «добротой». При этом оживленно жестикулируют. Мимическое сопровождение высказываний бывает утрировано до гримас. Внимание крайне неустойчиво. Легко отвлекаются при изменении обстановки.

При целенаправленном расспросе нередко подтверждают явления деперсонализации и дереализации. Отмечают особую легкость в теле, состояние «невесомости». Окружающая обыденная обстановка вдруг становится необычно «интересной».

Часто подростки высказывают идеи величия: хвастаются, сильно преувеличивая свои способности и таланты, уверены в исполнении нереальных, но заманчивых планов — стать знаменитостью, кумиром всей молодежи и т. п. Отмеченная у взрослых продуктивная деятельность — стихи, рисунки и т. п. [Пятницкая И. Н. и др., 1986] — для подростков малохарактерна.

Агрессия по собственной инициативе бывает редко, но она легко может быть спровоцирована со стороны даже безобидными замечаниями, а главное — недоброжелательным тоном и видом и тем более попытками ограничить активность, удержать.

Иногда подростки отмечают усиление полового влечения, сексуальное возбуждение, мальчики — частые эрекции. Некоторые подростки мужского пола говорят о резком усилении сек-

суальной потенции, о большом числе половых сношений в течение суток с достижением оргазма. Возможно, эти высказывания должны восприниматься с определенной коррекцией. Однако в последнее время появилась информация о том, что в смешанных по полу компаниях подростки мужского пола делают внутривенные вливания эфедрона девочкам, вызывая тем самым у тех сильное повышение полового влечения и склоняя их к сексуальным сношениям. Усиление либидо в сочетании с описанной «обостренной чувствительностью», безудержным желанием самоотдачи играет, видимо, большую роль в частых гомосексуальных эксцессах.

Неврологические нарушения включают мидриаз с ослаблением реакции зрачков на свет, спонтанный нистагм, а также появление разнообразной «микросимптоматики», которая скорее всего в стертом или компенсированном виде существовала ранее. Иногда возникают вздрагивания всем телом — спонтанные или при резких звуках, а также мышечный тремор.

По данным эхоэлектроэнцефалографии выявляются признаки внутричерепной гипертензии [Лукачер Г. Я. и др., 1987].

Среди вегетативных нарушений наблюдаются сухость слизистых (сохнущие губы часто облизывают), бледность лица, повышение артериального давления, умеренная тахикардия, иногда экстрасистолия.

Картина эфедроновой интоксикации в начале злоупотребления удерживается после вливания до 8 ч. По мере повторения ежедневных вливаний толерантность растет, что становится очевидным по укорочению периода «подъема» до 1—2 ч.

Постинтоксикационное состояние (т. е. выход из эфедронового опьянения) отличается тем, что угнетенное настроение, вялость, быстрая утомляемость, чувство полного изнеможения сочетаются с соматическим дискомфортом — дурным самочувствием, ноющими болями в разных частях тела, особенно в затылке, парестезиями — кажется, что по телу ползают мурашки. Артериальная гипертензия и тахикардия могут сохраняться. Потребность во сне сочетается с невозможностью уснуть, а сонливость — с беспокойным сном.

ПЕРВИТИНОВОЕ ОПЬЯНЕНИЕ (ОТРАВЛЕНИЕ «ШИРКОЙ»)

В середине 80-х годов в некоторых регионах нашей страны среди подростков старшего возраста (16—17 лет) появилось злоупотребление самодельным препаратом, получившим на сленге название «ширки»[1] [Битенский В. С., 1987]. Оказалось,

[1] «Ширку» следует отличать от «ширева» — внутривенно вводимых опиатов.

что в состав этого вещества входит до 40 % альфа-йод-первитина [Андронати С. А., Чепелев В. М., 1988]. Йод в его составе обусловлен тем, что кристаллы используются в процессе изготовления.

«Ширка» вводится путем внутривенных вливаний. Начинают с 1—2 мл. При формировании наркомании разовая доза возрастает до 10—12 мл. При передозировке развиваются острые психозы.

Картина опьянения напоминает эфедроновое [Битенский В. С., 1987]. При первых употреблениях через 10—15 мин возникает своеобразная эйфория — «прозрение»: все окружающее приобретает необыкновенную ясность и красочность, появляется чувство приятного телесного комфорта.

Через полчаса—час наступает гипоманиакальное состояние, сходное с эфедроновым опьянением. Подъем настроения сочетается с выраженным повышением активности, уверенностью в себе, своих силах и возможностях. Появляется ощущение, что в голову приходят особо важные и проникновенные мысли, а собственные решения кажутся весьма удачными и умными. Все, что ранее представлялось запутанным и непонятным, приобретает ясность.

Несомненным действием «ширки» является резкое усиление полового влечения, а у подростков мужского пола также сексуальной потенции. Снимаются все сдерживающие «социальные тормоза». Поведение подростков обоего пола отличает обнаженная сексуальность. Юноши оказываются способными на десятки половых сношений подряд, каждый раз достигая оргазма.

Продолжительность опьянения — до 6—8 ч.

Постинтоксикационное состояние («выход») проявляется дисфорией с раздражительностью, озлобленностью, мрачной тоской, подозрительностью. Однако на фоне дисфории постепенно все более проявляются астения, вялость, адинамия, апатия.

После первых же злоупотреблений в постинтоксикационном состоянии возникает неодолимое влечение к повторному введению препарата, поэтому зависимость развивается быстро.

По мере продолжения злоупотребления период «подъема» сокращается и быстрее сменяется постинтоксикационной дисфорией и астенией.

АМФЕТАМИНОВОЕ (ФЕНАМИНОВОЕ) ОПЬЯНЕНИЕ

Фенамин по химическому строению близок к адреналину, но его действие существенно отличается.

При злоупотреблении амфетамином подростки употребляют его в дозах, во много раз превышающих терапевтические, или

вводят его или сходные с ним препараты внутривенно. Были указания на то, что терапевтические дозы фенамина приблизительно у 10 % людей оказывали парадоксальный эффект в виде сонливости, вялости, снижения работоспособности. Подобных реакций у подростков при злоупотреблении большими дозами не описано.

Первая фаза при внутривенном введении («приход»), существенно не отличается от таковой, описанной при эфедроновом опьянении.

Вторая фаза при внутривенном вливании или само опьянение при пероральном применении напоминают атипичное гипоманиакальное или даже смешанное состояние, особенно часто встречающееся при шизоаффективных психозах у подростков. Субъективно ощущаются необычный подъем, взвинченность, особая бодрость, уверенность в своих силах и способностях. Именно это состояние душевного подъема и взбудораженности дало основание для ряда наименований амфетамина на английском подростковом сленге. Амфетамин называют booster pill, lift-pill пилюлей для подъема, driver — водителем автомашины, forward — нападающим в спортивной команде, speeder — скоростником, leaper — прыгуном, sparkle plenty — искровым разрядником, bombita — легким бомбардировщиком.

Исчезает чувство усталости. Подросток сам себе кажется неутомимым. Подавляется страх перед реальной опасностью, это делает его способным на отчаянные и рискованные поступки. Иногда появляется ощущение «интеллектуального прояснения», особой глубины своих собственных мыслей, способности проникать в суть вещей.

Поведение отличается постоянным стремлением к деятельности и движению («куда-то тянет»), невозможностью усидеть на одном месте. Они становятся многоречивыми, а речь — эмоционально насыщенной, особенно с гневно-раздраженными интонациями. Мимика утрирована, но соответствует содержанию высказываний. Отмечается склонность к размашистым жестам.

Резко возрастает агрессивность — не только легко спровоцированная, но и инициативная. Затевают драки по малейшему поводу.

Настоящего безмятежного веселья не испытывают. Наоборот, легко возникает подозрительность к окружающему, настороженность. Всегда начеку и готовы дать отпор. Пристально следят за другими, как бы ожидая злого умысла. Проявляют ко всему чрезмерное любопытство, задают массу ненужных вопросов, особый смысл которых понятен только для них; настойчиво требуют ответа.

После приема амфетамина в больших дозах и особенно после внутривенных вливаний могут высказывать бредовые идеи отношения и преследования. Тогда избивают мнимых на-

смешников, настороженно оглядываются и озираются, боясь нападений. Реже бывают слуховые галлюцинации — от элементарных (звонки, гудки) до окликов по имени. Описаны также тактильные галлюцинации — чувствуют, что по их телу ползают насекомые, ловят и бьют их.

Амфетамин резко подавляет аппетит и потребность во сне. После больших доз сутки-двое могут не спать и не есть.

При неврологическом осмотре обращают внимание на широкие зрачки с ослабленной реакцией на свет и конвергенцию (из-за чего подростки сами отмечают ухудшение зрения — «трудно читать», «все, как в тумане»). Иногда заметны мышечный тремор, стереотипные движения губ и языка. Соматические нарушения проявляются жалобами на сердцебиения, тахикардией, часто с экстрасистолией, повышением артериального давления, бледностью лица, сухостью во рту. Могут быть познабливание, тошнота и рвота, головная боль. В качестве осложнений при передозировке отмечены боли в груди, напоминающие стенокардию, обмороки, тяжелые сердечные аритмии, и даже описаны случаи смерти от остановки сердечной деятельности [DSM-III-R, 1987].

Постинтоксикационное состояние (последействие амфетаминового опьянения, «амфетаминовое похмелье») встречается очень часто после приема больших доз. Главным его проявлением служит дисфория, а у тех, кто неоднократно подвергался амфетаминовой интоксикации, также вспышка неодолимого желания повторного приема или вливания амфетаминового препарата. Постинтоксикационное состояние часто наступает внезапно, как перелом («crash»): подъем сменяется мрачно-угнетенным настроением, раздражительностью, озлоблением, чувством невыносимой усталости и изнеможения, иногда тревогой, «внутренним беспокойством», из-за которого, несмотря на усталость, без снотворного не могут уснуть.

Длительность последействия — от нескольких часов до суток. По сути дела, последействие соответствует картине абстиненции при амфетаминовой наркомании, и последнюю отличают от него только по тому, что абстиненция длится более суток [DSM-III-R, 1987]. Чтобы устранить или ослабить постинтоксикационное последействие, заранее принимают барбитураты или транквилизаторы. В США одно время широко выпускались лекарственные препараты, сочетающие амфетамин и снотворные.

Дифференциальный диагноз приходится проводить с началом гипоманиакальной фазы по типу гневной или параноидной мании, что нередко встречается у подростков при маниакально-депрессивном психозе, шизоаффективном и а также с интоксикациями другими стимуляторами. Эндогенная гипоманиакальная фаза длится, как правило, более суток, хотя,

по данным H. Stutte (1960), она может быть всего несколько часов. Аппетит в этих случаях не угнетается, а, наоборот, встречается даже необычная прожорливость. Отвлекаемость распространяется и на агрессивность — легко меняется объект агрессии.

Эфедроновое и первентиновое опьянение отличается меньшей агрессивностью, отсутствуют непрестанная настороженность и подозрительность, нет склонности к развитию идей отношения и преследования.

Диагноз подтверждается, если биохимический анализ обнаруживает амфетамин в крови или его дериваты в моче.

ОТРАВЛЕНИЕ КОФЕИНОМ

При злоупотреблении используются большие количества крепкого кофе (иногда ложками едят кофейную гущу, приготовленную как кисель) или очень крепкий отвар чая (чифир). В семенах кофе и листьях чая содержится до 2 % кофеина и его алкалоидов. Считается, что в чашке крепкого кофе — 0,1—0,2 г кофеина. Симптомы интоксикации появляются при приеме от 0,25 г и выше, но при злоупотреблении принимают до 1 г. Например, в пачке чая в 50 г, из которой готовится чифир, содержится около 1 г алкалоидов кофеина [Банщиков В. М. и др., 1971].

Картина отравления также отчасти напоминает гипоманиакальное состояние. Однако усиление двигательной активности менее выражено. Преобладают ускорение мышления, торопливая речь, отвлекаемость, беспокойство. Субъективно испытывают активацию умственных способностей, улучшение памяти, обострение внимания, «творческое вдохновение». Настроение несколько приподнято, но без выраженной эйфории. Устраняются усталость, сонливость, вялость, ощущаются бодрость и прилив сил.

Среди вегетативных симптомов характерны тахикардия, иногда с экстрасистолией. Может быть небольшое повышение артериального давления. Резко усиливается желудочная секреция, могут быть боли в эпигастральной области, чувство голода или рвота. Возрастает диурез. При больших дозах могут возникнуть мышечные подергивания.

Течение интоксикации иногда приобретает волнообразный характер. Периоды подъема продолжительностью 1—2 ч сменяются такими же по длительности периодами спада, когда подростки чувствуют себя обессиленными, но уснуть не могут, затем опять наступает подъем, опять спад и т. д. Длительность явлений интоксикации — от 2—3 до 6—8 ч.

АТИПИЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СТИМУЛЯТОРАМИ

АМФЕТАМИНОВЫЙ, ПЕРВИТИНОВЫЙ И ЭФЕДРОНОВЫЙ ПАРАНОИД

Картину подобного параноида описал P. Connell (1958). В Англии в 60-е годы подобные психозы среди подростков встречались после вечеринок во время уикенда [Boyd P., 1971]. Развитие острых параноидов после внутривенных вливаний эфедрона отмечено Н. Г. Найденовой (1988), а при передозировке «ширки» — В. С. Битенским (1987).

Клинические проявления подобных параноидов весьма сходны. Вскоре после приема токсической дозы или внутривенного вливания внезапно вспыхивают сильная тревога и страх. Оглядываются вокруг, подозрительно смотрят на окружающих, прислушиваются ко всяким звукам и словам, сказанным другими между собой. У подростка возникает ощущение, что он «все понимает», догадывается о дурных и коварных замыслах против него. Иногда в первые моменты подобная мнимая «проникновенность» может даже доставлять удовольствие, вызывать любопытство, торжествующую радость, переживание сопричастности к каким-то значимым событиям. Но вскоре тревога и чувство опасности берут верх и оборачиваются гневом, ожесточенностью и агрессией. Высказываются идеи отношения; в чужих взглядах видятся насмешки, в жестах и высказываниях — угрозы и намеки, условные сигналы для нападения. В тематике идей преследования, тесно переплетающихся с идеями отношения, чаще всего фигурируют враждебные группы подростков и полиция [Boyd P., 1971]. Как отличительную черту подобного параноида можно отметить быстроту перехода от бредовых умозаключений к действиям, ими обусловленным.

На высоте параноида нередки слуховые галлюцинации, в том числе вербальные. Слышатся упоминания имени больного, перешептывания, угрозы в его адрес, шум шагов за дверьми, звук подъехавшей автомашины.

Описаны также своеобразные тактильные и зрительные галлюцинации: ощущается, что по телу бегают насекомые, ползают черви, видят их, ловят, сбрасывают с себя или давят. Кожа покрывается расчесами.

Длится психоз сутки-двое, иногда несколько дней. Если же параноид затягивается дольше, чем на неделю (без повторных введений эфедрона, перветина или амфетамина), то возникает обоснованное подозрение, что интоксикацией был провоцирован приступ параноидной шизофрении.

Дифференциальный диагноз проводится с острым дебютом параноидной шизофрении или параноидным приступом шубообразной формы этого же заболевания. Решающим считается обнаружение амфетаминов в крови или их дериватов в моче: если их уже нет, а параноид не стихает, то в основе психоза лежит другая причина [Connell P., 1958], т. е. скорее всего шизофренический процесс. По данным катамнезов, 42 % эфедроновых параноидов оборачиваются шизофренией [Куницкая В. В. и др., 1989].

АМФЕТАМИНОВАЯ СПУТАННОСТЬ

Подобный психоз встречается довольно редко. Иногда его неточно обозначают как «амфетаминовый делирий» (например, DSM-III-R, 1987).

В первый час после приема амфетамина или даже непосредственно вслед за внутривенным вливанием возникает состояние спутанности. Больные растеряны, озираются, испытывают страх. В контакт с ними вступить удается с большим трудом: приходится по нескольку раз обращаться, повторять вопросы. Во времени и месте они дезориентированы, могут не узнавать окружающих, не понимать, где находятся. Высказывания отрывочны, малосвязны, но эмоционально окрашены. Больные беспокойны, суетливы, склонны к неожиданной агрессии.

Судя по поведению, больные временами испытывают и слуховые, и зрительные галлюцинации. Они к чему-то пристально присматриваются, прислушиваются, кому-то отвечают. Могут быть обонятельные и тактильные галлюцинации. Впоследствии о галлюцинаторных переживаниях сохраняются отрывочные воспоминания или они могут быть полностью амнезированы.

Со стороны вегетативных нарушений наблюдаются признаки симпатикотонии (широкие зрачки, тахикардия, бледность и т. п.).

Длительность состояния спутанности — от нескольких часов до суток-двух. Затем следует астения с угнетенным настроением.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СТИМУЛЯТОРАМИ. ЭФЕДРОНОВАЯ, ПЕРВИТИНОВАЯ И АМФЕТАМИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ЭФЕДРОНОМ И ФОРМИРОВАНИЕ ЭФЕДРОНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Эфедрон в нашей стране включен в список наркотиков, и с возникновением зависимости от него диагностируется наркомания.

Злоупотребление чаще всего начинается сразу с внутривенных вливаний. Приобщение обычно происходит в группе, куда входит старший по возрасту опытный наркоман («учитель»). Влияние подобного лидера, а также свойство эфедрона быстро вызывать психическую, а затем и физическую зависимость обусловливают высокий риск стать наркоманом для подростка, однажды решившегося на его внутривенное вливание. Возможно, что не менее чем у половины из тех, кто один раз ввел себе эфедрон внутривенно, формируется наркомания.

Главным мотивом первого злоупотребления Г. Я. Лукачер и соавт. (1987) отметили «подражание товарищам». Скорее дело не просто в имитации, а во влиянии группы на подростка (реакция группирования, групповой конформизм и т. п.).

Эфедроновая наркомания отличается особой злокачественностью. Бывает достаточно 2—3 внутривенных вливаний, чтобы появились признаки психической зависимости — неудержимое желание еще и еще раз испытать эфедроновое опьянение. По мере повторения вливаний все тяжелее становятся постинтоксикационные состояния на выходе из эфедронового опьянения. Появляются сжимающие боли в области сердца и поясницы, мучительные задержки мочи. Приступы озноба чередуются с проливным потом. Особенно беспокойным становится сон — с частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями, приступами страха. Развиваются гиперакузия (вздрагивают при неожиданных звуках) и светобоязнь (носят темные очки даже вечером при электрическом освещении). Через сутки-двое это мучительное состояние сменяется астенией и сонливостью [Найденова Н. Г., 1988].

В зависимости от частоты злоупотребления проходит от 2—3 нед до нескольких месяцев, когда уже можно выявить тяжелый абстинентный синдром и компульсивное влечение. Последнее всегда особенно сильно на выходе из эфедронового опьянения. Из-за этого наркоманы начинают делать себе вливания по нескольку раз в день, одно за другим, каждые 2—4 ч. Возникают состояния, сходные с тяжелым алкогольным запоем [Пятницкая И. Н. и др., 1986; Найденова Н. Г., 1988]. Суточная доза вводимого (кустарным образом приготовленного) эфедрона возрастает по сравнению с первоначальной с 2—3 мл до 30—80 мл. Разовая доза редко увеличивается больше чем вдвое из-за неприятных побочных явлений при передозировке (сильное сердцебиение и др.).

Подобные эксцессы обычно становятся периодическими. Цикл злоупотребления продолжается 2—5 сут. Во время него не спят, не едят, быстро худеют, доводят себя до изнеможения. К этому моменту влечение к эфедрону падает [Пятницкая И. Н. и др., 1986]. Наступает постинтоксикационное состояние («отход») с резкой астенией, мучительной бессонницей, головокру-

жением, резью в глазах. Через 6—12 ч наступает новая фаза — развивается сомнолентное состояние: крепко спят, разбуженные — тотчас засыпают снова. Но по мере развития наркомании уснуть становится все труднее. Начинают прибегать к транквилизаторам и снотворным. Постепенно их доза также возрастает в 2—4 раза. Отоспавшись сутки-другие, ощущают «зверский аппетит», все время что-то жуют, при отсутствии пищи под рукой — ее воруют. При первых циклах в этот период также усиливается половое влечение, но по мере развития наркомании оно полностью угнетается, и у юношей развивается импотенция. Через несколько дней влечение к эфедрону вспыхивает с новой силой, и цикл повторяется. С развитием наркомании интервалы между циклами укорачиваются с 5—10 до 2—3 дней.

Изменение картины опьянения также служит проявлением сформировавшейся наркомании. Эйфория укорачивается и делается более «хрупкой» [Пятницкая И. Н. и др., 1986]: ее легко прерывают внешние раздражители, даже обращение к подростку может «сломать кайф». Беспорядочная активность сменяется более целенаправленной деятельностью и предприимчивостью, поведение оказывается более собранным.

Эфедроновые параноиды чаще всего возникают именно на фоне подобных наркотических эксцессов.

Абстинентный синдром характеризуется, прежде всего, тяжелой дисфорией [Лукачер Г. Я., и др., 1987]. Мрачное настроение сочетается со злобностью и неприязненным отношением ко всему окружающему. Сонливость чередуется с двигательным беспокойством. Наблюдается мышечный тремор. Очень характерны фибриллярные подергивания мышц лица и языка. Зрачки сужены, реакция на свет ослаблена. Иногда виден спонтанный нистагм. Вызываются патологические стопные рефлексы. Отмечаются стойкий красный дермографизм, сальность лица. Артериальное давление колеблется, часто снижено, имеется склонность к коллаптоидным реакциям, особенно ортостатическим. Жалуются на головную боль, разбитость, «внутреннее беспокойство».

Разнообразные девиации в неврологическом статусе [Лукачер Г. Я. и др., 1987], с нашей точки зрения, возможно, свидетельствуют о выявлении компенсированных и сглаженных в обычном состоянии признаков резидуального органического поражения головного мозга.

Длительность абстинентного синдрома — 1—2 нед.

Абстинентные острые параноиды по клинической картине не отличаются от острых эфедроновых параноидов, возникающих на высоте интоксикации. Обычно они затягиваются на несколько дней. Их главное отличие от острых интоксикационных эфедроновых параноидов состоит в том, что

очередная инъекция эфедрона их немедленно купирует [Найденова Н. Г., 1988].

Социальная деградация происходит довольно быстро. Забрасывают учебу, не желают нигде трудиться. Ведут паразитический образ жизни, обирая прежде всего близких, попрошайничая, воруя. Прежние интересы и привязанности утрачиваются. Становятся неряшливыми и нечистоплотными.

Соматические осложнения проявляются миокардиодистрофией (боли в области сердца, на ЭКГ — гипертрофия левого желудочка, диффузные мышечные изменения, нарушения внутрижелудочковой проводимости), хроническим гастритом и спастическим энтероколитом [Пятницкая И. Н. и др., 1986].

Признаки хронической интоксикации марганцем (как примеси в кустарно изготовляемом эфедроне) сводятся к появлению хореиформных гиперкинезов — размашистых движений руками и ногами, от которых больному трудно удержаться, и парезу мягкого неба, языка, лицевых мышц. Эти признаки появляются после 2—3-летнего злоупотребления эфедроном [Найденова Н. Г., 1988].

ПЕРВИТИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

«Ширка» обладает свойством вызывать сильную зависимость, неодолимое влечение, а злоупотребление ею влечет за собой выраженную деградацию личности и представляет особую социальную опасность.

При развитии наркомании вливания «ширки» начинают повторяться на протяжении 1 дня. Довольно быстро растет и суточная, а затем и разовая доза [Битенский В. С., 1987]. Абстиненция проявляется не только тяжелой дисфорией, когда злобность с агрессивностью сочетается с тревожной подозрительностью, но и последующей тяжелой астенией и сонливостью, вплоть до оглушения и субступорозного состояния. Даже через месяц после прекращения приема сохраняются вялость, апатичность, неконтактность, неспособность к устойчивой целенаправленной деятельности; подростки туго соображают.

Среди неврологических нарушений по мере развития наркомании появляются смазанность речи, интенционный мышечный тремор, пошатывание при ходьбе. Вызываются патологические стопные рефлексы, а сухожильные сперва повышаются, затем снижаются.

Психические расстройства включают психопатизацию по эпилептоидно-неустойчивому типу [Личко А. Е., 1983, 1985] и признаки психоорганического синдрома.

Психопатизация проявляется асоциальным поведением: уклонением от учебы и труда, делинквентностью, пренебрежением

законами и правилами, стремлением к немедленному удовлетворению возникших желаний, полным безразличием к интересам других, быстрым пресыщением того, что первоначально привлекало, с чувством скуки и раздражения. К замечаниям и похвалам становятся равнодушными, к критике — нетерпимыми, к какой-либо устойчивой работе — неспособными, к близким не испытывают привязанности. Вместе с тем витальные влечения могут быть усилены. Поведение в целом определяется желаниями и настроением, а не здравым смыслом.

Психоорганический синдром включает такие признаки, как нарушение концентрации внимания, ослабление памяти, истощаемость при малейших умственных нагрузках, неспособность быстро ориентироваться в меняющейся обстановке. Мышление замедленно, соображают с трудом, но вместе с тем выступает тенденция к чрезмерной детализации, погрязают в мелочах.

Выраженная наркомания способна сформироваться за несколько недель злоупотребления, а 2—3 мес бывает достаточно для развития описанной токсической энцефалопатии, психопатизации и психоорганического синдрома.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АМФЕТАМИНОМ (ФЕНАМИНОМ) И ФОРМИРОВАНИЕ АМФЕТАМИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

При злоупотреблении без зависимости дело ограничивается эпизодическим приемом амфетамина или одним-двумя внутривенными вливаниями. При повторении последних быстро возникает психическая зависимость. Первым ее проявлением бывает неодолимое желание повторить вливание амфетаминового препарата или снова его принять в постинтоксикационном периоде (во время так называемой второй фазы действия). Этим стремятся избежать возникающие угнетенное настроение, «внутреннее беспокойство», соматический дискомфорт. Косвенным признаком появления зависимости может служить также стремление принять снотворные или транквилизаторы в период последействия, а тем более заранее, чтобы его избежать. Иногда эти препараты даже принимают одновременно с амфетамином или его вводят внутривенно, а транквилизаторы принимают перорально.

Амфетаминовые наркомании у подростков в большинстве случаев характеризуются периодичностью злоупотребления, напоминающей запои при хроническом алкоголизме. «Эксцессы по уикендам» у английских школьников описал P. Connell (1968). В пятницу вечером они исчезали из дома и возвращались в понедельник в состоянии дисфории — раздраженными, агрессивными к родным, особенно к матери. Дисфория продол-

жалась 1—2 дня. В течение недели амфетамин не принимали и продолжали учебу, в конце недели все повторялось.

«Бинджинг». Более тяжелую форму представляют собой так называемые «шведские циклы» [Boyd Ph., 1971], или bindging [DSM-III-R, 1987], что дословно переводится как «кутеж». Подростки в течение 2—3 сут многократно вводили метиламфетамин или метилфенидат (центедрин) внутривенно или принимали его повторно в больших дозах, доводя суточный прием до нескольких сот миллиграммов, т. е. уже в несколько десятков раз превышая высшую терапевтическую дозу. Внутривенные вливания повторялись каждые 2—4 ч. В такие дни подростки не спят, не едят, все время находятся «на взводе» — в состоянии, напоминающем гневную манию при аффективных психозах у подростков [Личко А. Е., 1985]. Обычно подобный «бинджинг» сочетается с делинквентным поведением и даже с криминалами агрессивного характера. Нередко участвуют в кровавых драках между подростковыми бандами, сами являются инициаторами подобных столкновений, однако способны проявлять агрессию, даже жестокую, в отношении случайных встречных. Через 2—3 сут доходят до полного изнеможения, появляются обмороки, сильное сердцебиение с перебоями, мучаются от бессонницы, все становится, как в тумане. Тогда принимают большую дозу снотворного, 2—3 сут отсыпаются и отъедаются, а затем снова начинается очередной «бинджинг». При подобном злоупотреблении у многих довольно быстро развиваются параноидные психозы.

Постоянное злоупотребление амфетамином сводится обычно к пероральному приему: иногда утром — перед учебой, иногда вечером — перед развлечениями. На ночь нередко принимают снотворное или транквилизатор. При подобном злоупотреблении толерантность возрастает медленно — на протяжении месяцев и даже лет. Постепенно худеют. Обнаруживается склонность к гноеродным инфекциям — все время где-то что-то нагнаивается, страдают фурункулезом. У мужчин заметно падает сексуальная потенция и снижается половое влечение. Со временем нарастает ангедония — ничто в жизни не способно доставить удовольствие, вызвать интерес. Подростки становятся бездеятельными, замыкаются, постоянно держится угрюмо-раздраженное настроение.

Внезапный перерыв в употреблении амфетамина приводит к развитию абстинентного синдрома.

Абстинентный синдром при амфетаминовой наркомании, по сути дела, представляет затянувшуюся на несколько дней (до 2—3 нед) картину постинтоксикационного состояния. Развивается дисфория с мрачным настроением, озлобленностью, раздражительностью, «внутренним беспокойством», потребностью на чем-то «сорвать зло». К этому присоединяются ощу-

щение полного изнеможения и мучительная бессонница. Возникает неодолимое желание вновь ввести себе в вену или принять амфетамин.

Амфетаминовая спутанность может быть не только на высоте интоксикации, но и возникнуть в результате внезапного перерыва длительного каждодневного приема амфетамина в больших дозах. Она может развиться через 3—5 дней после перерыва в злоупотреблении и продолжаться до 10 сут [Спивак Л. И. и др., 1988].

Хронические амфетаминовые психозы проявляются стойким галлюцинаторно-параноидным синдромом. На фоне постоянной дисфории или страха развивается не только бред преследования и отношения, но также истинные слуховые галлюцинации, а нередко и бред физического воздействия (от гипноза и телепатии до ядерного облучения и лазерных лучей). Могут быть также отдельные признаки синдрома Кандинского — Клерамбо.

Психозы длятся от 2—3 нед до многих месяцев. Их сходство с параноидной шизофренией побудило к предположению, что амфетамин вызывает «экспериментальную модель шизофрении» [Wainec S. et al., 1981,— цит. по Л. И. Спиваку и др., 1988]. Действительно ли подобные психозы могут служить экспериментальной моделью или амфетамин является провокатором для «патоса шизофрении» [Снежневский А. В., 1972], т. е. развитие их возможно при соответствующей предрасположенности, остается неясным.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ КОФЕИНОМ И КОФЕИНОВАЯ ТОКСИКОМАНИЯ

Длительное злоупотребление кофеином («кофейный кисель») и очень крепким отваром чая («чифир») для подростковой популяции нехарактерно. Начавшие употреблять эти вещества либо вскоре прекращают их прием, либо обращаются к другим дурманящим средствам, более сильно действующим. Сформировавшихся токсикоманий этого вида у подростков не описано. Об употреблении «чифира» обычно удается узнать из анамнеза у тех подростков, которые были госпитализированы в связи со злоупотреблением другими токсическими веществами или иными патологическими нарушениями поведения. Подозрение может возникнуть при сочетании у подростка хронического гастрита или пептической язвы желудка с юношеской артериальной гипертензией и постоянной экстрасистолией.

При эфедроновом, первитиновом или фенаминовом опьянении лечебная тактика отличается в случаях, где есть основания диагностировать сформировавшуюся наркоманию и где необходимо проводить дифференциальный диагноз между ней и злоупотреблением без зависимости (например, когда подросток утверждает, что ввел себе эфедрон впервые или изредка вводил его несколько раз). Если подросток отвергает наличие влечения, то можно ему предложить в течение суток остаться без всякого лечения и наблюдать за длительностью постинтоксикационной дисфории. Дисфорическое состояние, затягивающееся до суток и дольше с момента последнего введения стимулятора, указывает на то, что оно является не постинтоксикационным состоянием («выходом»), а проявлением абстиненции.

При выраженной первой фазе эфедронового или фенаминового опьянения с картиной атипичного гипоманиакального или смешанного состояния лучше ограничиться внутримышечной инъекцией 2—4 мл 0,5 % реланиума (сибазона, диазепама, седуксена) и обычными дезинтоксикационными средствами (парентеральное введение изотонического раствора натрия хлорида, глюкозы и др.). В отношении нейролептиков следует соблюдать осторожность. Галоперидол способен провоцировать выраженную акатизию [Лукачер Г. Я. и др., 1987], аминазин и тизерцин — коллапсы. При выраженной экстрасистолии (несколько экстрасистол в 1 мин) можно прибегнуть к новокаинамиду (5 мл 10 % раствора внутримышечно).

При тяжело протекающем постинтоксикационном периоде с выраженной дисфорией показаны инъекции реланиума, а для борьбы с мучительной бессонницей («хочется спать и не уснуть») — эуноктин (радедорм), феназепам. Барбитуровые снотворные необходимо избегать в связи с опасностью полинаркомании (амфетамин+барбитураты), на возможность которой неоднократно указывалось в американских исследованиях.

При эфедроновой, первитиновой и амфетаминовой абстиненции требуется интенсивное лечение, сочетающее транквилизаторы, небарбитуровые снотворные, антидепрессанты с противотревожным действием, а также дезинтоксикационные средства. Нейролептики, так же как при эфедроновом и фенаминовом опьянении, остаются менее показанными из-за выраженных побочных действий в период абстиненции. Аминазин и даже тизерцин (левомепромазин) способны вызывать коллаптоидные состояния, а галоперидол и сходные с ним препараты — выраженный паркинсоноподобный синдром. При тяжелой дисфории из фенотиазиновых препаратов может быть использован неулептил (перициазин) в каплях (4 %

раствор, в 1 капле содержится 1 мг), начиная с 10 мг 3 раза в день (дозу можно увеличить до 20—30 мг на прием). Слабее действует сонапакс (меллерил, тиоридазин) в дозе по 25—50 мг 3 раза в день (75—150 мг в сутки).

Если преобладает тревога, то более показан хлорпротиксен по 50 мг 2—3 раза в день или реланиум (сибазон, седуксен) по 10 мг 3 раза в день. При слабом эффекте от этих средств или появлении суицидальных высказываний можно дополнительно назначить амитриптилин (по 25—50 мг утром и днем) или пиразидол (в тех же дозах).

Выраженные вегетативные нарушения, сосудистую дистонию хорошо устраняет грандаксин (тофизопам) по 50—100 мг 3 раза в день.

Для борьбы с мучительной бессонницей лучше использовать эуноктин (радедорм) по 10 мг. При пробуждении среди ночи (эуноктин действует 2—3 ч) прием можно повторить. Снотворный эффект эуноктина усиливают и продлевают феназепамом (1—1,5 мг), реланиумом, сонапаксом. Если не удается вызвать сон с помощью эуноктина, можно испробовать терален (алимемазин) в дозе 5 мг.

Когда острые явления абстиненции минуют, в качестве психофармакологического корректора остаточных явлений показаны феназепам (по 1 мг утром и днем и 1,5 мг на ночь), эглонил (по 0,1 г 3 раза в день), а также ноотропы — пирацетам (ноотропил) по 0,4—0,8 г 3 раза в день.

Дезинтоксикационная терапия должна быть достаточно интенсивной в первые дни. Рекомендуются капельные внутривенные вливания гемодеза (по 400 мл в сутки в течение 2—6 дней после прекращения интоксикации) со скоростью 60—80 кап/мин. Перед началом первого капельного вливания необходима биологическая проба: после 1—2-минутного вливания надо сделать перерыв на 15—20 мин, чтобы выявить индивидуальную непереносимость. Используются также капельные вливания внутривенно 15 % глюкозы — по 500 мг в сутки; к ней можно добавлять 8—20 ЕД инсулина.

При эфедроновом или амфетаминовом параноиде в первые 2—3 дня, независимо от того, возник ли параноид на фоне интоксикации, в постинтоксикационном состоянии или в период абстиненции, лучше поначалу избегать антипсихотические нейролептики. Можно ограничиться реланиумом (по 2—4 мл 0,5 % раствора внутримышечно), утром и днем назначить хлорпротиксен по 50 мг, на ночь — 25 мг тизерцина (левомепромазина) перорально.

Если же параноид затягивается более 3—4 дней, то показано лечение галоперидолом, начиная с 1—2 мл 0,5 % раствора 2—3 раза в день внутримышечно, затем при улучшении состояния переходя на таблетки по 5 мг 2—3 раза в день. Лишь при

резко выраженных паркинсоноподобных явлениях приходится прибегать к аминазину. Лепонекс (клозапин) менее показан, так как на фоне абстиненции склонен провоцировать ночные делирии.

При амфетаминовой спутанности также предпочтительно приступить к внутримышечным инъекциям реланиума, сочетая их с интенсивной дезинтоксикацией (см. гл. 6). Подобное состояние обычно сопровождается отеком мозга (точнее — интрацеллюлярным набуханием нервных клеток). Поэтому показаны также дегидратационные средства — вливания внутривенно растворов маннита и мочевины, а также эуфиллина (1 мл 24 % раствора на 20 мл изотонического раствора или 40 % раствора глюкозы, вводить медленно в течение 5 мин).

По миновании явлений абстиненции лечение сводится к применению ноотропила (пирацетама), не вызывающих пристрастия транквилизаторов (например, феназепама), общеукрепляющих и тонизирующих средств. В отношении последних следует учесть, что описано развитие физической и психической зависимости при длительном употреблении настойки женьшеня [Vaile Ch., 1892,— цит. по Л. И. Спиваку и др., 1988]. Полезно также введение витаминов.

В надежде подавить психическую зависимость, отличающуюся значительной силой и продолжительностью, используется сонапакс (по 10—25 мг утром и днем и по 25—50 мг на ночь).

Психотерапия при эфедроновой, первитиновой и амфетаминовой наркомании строится так же, как при опийной наркомании (см. гл. 15).

При отравлении кофеином используют транквилизаторы и небарбитуровые снотворные. При сильных болях в эпигастральной области показан атропин (0,5—1 мл 0,1 % раствора подкожно). При хроническом злоупотреблении кофеином в связи с возможностью пептических язв желудка промывание его должно проводиться с большой осторожностью.

Профилактика амфетаминовой наркомании, прежде всего, строится на строгих мерах контроля за использованием фенамина в лечебных целях. Показания к его применению строго ограничены, а потому производство и отпуск из аптек очень невелики (в отличие от обезболивающих препаратов опия). Именно со строгими ограничениями использования и жестким контролем можно связать практически полное отсутствие фенаминовой наркомании у подростков в нашей стране.

В США в прошлые годы амфетамин и сходные с ним препараты довольно широко применялись как средство борьбы с усталостью при разного рода астенических состояниях, а также для подавления аппетита с целью похудания. В итоге фармацевтическими фирмами выпускалось в год до 12 млрд пилюль с амфетамином, т. е. более 50 пилюль на душу населения [Grin-

spoon L., Hedblom P., 1975]. В Англии только в 1968 г., когда амфетаминовая наркомания уже распространилась среди подростков, были изъяты ампулированные препараты метиламфетамина и метилфенидата [Connell P., 1968].

Строгий контроль за эфедроном осуществить гораздо труднее. Даже если взять под неусыпный учет использование ампул и таблеток эфедрина при лечении приступов бронхиальной астмы, аллергических реакций, глазных капель, а также разных мазей и капель от насморка, также его содержащих, остается дикорастущая эфедра. В Средней Азии подростки уже пользуются эфедроном, приготовленным кустарным способом из этого растения [Абшаихова У. А., 1989]. Заросли двух видов эфедры — горной, или хвощевой (Ephedra equisetina), и пустынной (E. intermedia) — достаточно распространены. В Поволжье и в Западной Сибири растет другой вид эфедры — кузьмичева трава (E. distachya), значительно менее богатой эфедрином, чем среднеазиатские виды. Уничтожение этих дикорастущих растений весьма затруднительно.

Профилактические меры в области санитарного просвещения не отличаются по своим методам от таковых при других видах наркоманий.

Глава 13. КОКАИН

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

По данным наркологических учреждений в нашей стране, к 1986 г. кокаиновые наркомании полностью отсутствовали — на протяжении более 10 лет не было зарегистрировано ни одного случая [Бабаян Э. А., 1988]. Однако органами внутренних дел в Грузии в середине 80-х годов было выявлено 190 лиц, злоупотребляющих кокаином,— 11,7 % от общего числа наркоманов [Габиани А. А., 1988]. Различие в этих сведениях может быть связано с тем, что кокаинисты долгое время могут не попадать в поле зрения наркологов.

Источники получения кокаина остаются неясными. Кустарник Erythroxylon coca, служащий сырьем для изготовления кокаина, в нашей стране не растет. В медицинских целях как местное анестезирующее средство импортируемый из-за рубежа кокаин почти не используется, будучи вытесненным новокаином, дикаином, анестезином и др.

В США в 80-х годах стали быстро распространяться как злоупотребление кокаином без зависимости от него, так и кокаиновая наркомания. Почти половина наркоманов начали употреблять кокаин [Fowler R., et al., 1986]. Около 0,2 % взрослой

популяции «пробовали» кокаин [DSM-III-R, 1987]. О его популярности свидетельствует также появление множества названий на сленге наркоманов: bouncing powder — порошок, внезапно придающий силу; Charlie — Чарли, т. е. имя, используемое для обозначения белых мужчин в отличие от негров и цветных (порошок кокаина ослепительно белого цвета); star dust — звездная пыль; happy dust — счастливая пыль; gold dust — золотая пыль; flakes — чешуйки; leaf — листочек; cock — петух, вульгарное название мужского полового члена (кокаин может вызывать половое возбуждение) и др.

В европейских странах кокаиновая наркомания стала распространяться во второй половине 80-х годов. До этого на протяжении многих лет кокаин как средство злоупотребления был в значительной мере вытеснен препаратами конопли и опия, а также разными синтетическими галлюциногенами и стимуляторами. Однако нарастающая в настоящее время эпидемия кокаинизма для развитых стран является уже второй.

До конца XIX в. злоупотребление кокаином было ограничено эндемическими очагами в Центральной и Южной Америке и Юго-Восточной Азии, где произрастает кустарник кока. Туземными племенами его листья использовались для жевания. В виде алкалоида кокаин был выделен из этих листьев в середине XIX в.

Вслед за этим он стал использоваться как местное анестезирующее средство, особенно в офтальмологии и ларингологии. Первые случаи кокаиновой наркомании в Европе были описаны в конце XIX столетия. Порошок кокаина гидрохлорида закладывали в нос, так как через слизистую кокаин хорошо всасывался. Но первая эпидемия кокаиномании возникла в Европе и США во время первой мировой войны. Сперва она охватила офицерство воюющих армий Германии, Франции, США, а затем перекинулась в тыл. Популярности кокаина способствовали, во-первых, его доступность — воюющие армии «широкой рукой» снабжались обезболивающими средствами; во-вторых, простота употребления («нюхание») и, наконец, в-третьих, в отличие от морфия, отсутствие мучительных абстиненций при невозможности раздобыть очередную дозу. Затем, когда в Германии начался голод, немаловажным оказалось свойство кокаина подавлять аппетит. Среди офицеров царской армии в России также появился кокаинизм. Именно к этому времени относится его первое обстоятельное описание в отечественной психиатрии [Кутанин М. П., 1915]. Однако массовым злоупотребление кокаином стало в белой армии, особенно в деникинской, когда та стала терпеть поражение. В период разрухи и голода после гражданской войны кокаинизм встречался не только среди деклассированной части взрослого населения.

Злоупотребление кокаином в 20-е годы охватило многих подростков-беспризорников, которых насчитывалось несколько миллионов. По данным Н. И. Озерецкого (1932), среди пойманных за воровство в 1925 г. 48 % «нюхали» кокаин, а в 1929 г. только 8 %. Возможно, свойство кокаина заглушать голод имело для них немаловажное значение. В начале 30-х годов, когда беспризорничество было полностью ликвидировано, кокаинизм уже не встречался даже среди подростков, задержанных в связи с воровством. Тем не менее можно считать, что распростране-

ние кокаинизма среди беспризорников 20-х годов было первой в мире подростковой эпидемией наркомании.

В 70-х годах кокаинизм в западных странах был распространен преимущественно среди взрослых, а в начале 80-х начал «молодеть» — половина злоупотреблявших оказались в возрасте 18—24 лет. Однако подростки составляли еще лишь около 4 % [Dias C., Pólvora F., 1983]. Но затем появился «крэк» (crack) — порошок алкалоида кокаина, извлеченный из листьев таким способом, что кокаин не разрушается при нагревании. Его стало возможным курить (в чистом виде или в смеси с марихуаной). Обычный кокаина гидрохлорид, который закладывали в ноздри или вводили внутривенно, курить было нельзя — при нагревании он разлагался.

При изготовлении «крэка» используют эфир, нашатырный спирт и соду. Наличие этих компонентов в подпольной лаборатории наводит на мысль об изготовлении «крэка».

Возможность курения сразу привлекла к «крэку» подростков и даже детей. Злоупотребляющие кокаином в США в 1989 г. стали встречаться уже в 9—10-летнем возрасте. Другой привлекательностью «крэка» для подростков является его дешевизна по сравнению с другими наркотиками (порция «крэка» в Детройте в 1989 г. стоила всего 5 долларов). Подростки и дети стали широко участвовать в подпольном наркобизнесе [Деев И., 1989]. За хорошую плату они караулили около уличных торговцев «крэком», подавая сигнал с приближении полиции. Пользуясь тем, что по возрасту не могут быть строго осуждены, они служили курьерами между торговцами и подпольными лабораториями, подсобными рабочими в самих этих лабораториях, а более старшие и предприимчивые становились «королями улиц», выручая крупные суммы на перепродаже «крэка».

Кокаинизм в США к концу 80-х годов стал жгучей социальной проблемой. Правительство начало настоящую войну с кокаиновым наркобизнесом, итогом которой были боевые действия в Колумбии, откуда главным образом в США поступал кокаин.

«Крэк» пытались также вводить внутривенно для усиления наркотического эффекта, но это нередко осложнялось атипичными психотическими реакциями [Honer W. et al., 1987].

Хотя злоупотребление кокаином и тем более сформировавшаяся кокаиновая наркомания среди подростков в нашей стране в 80-х годах отсутствовали, однако эпидемия кокаинизма в США и в европейских странах и наш прежний опыт борьбы с кокаинизмом у беспризорников 20-х годов требуют настороженности и профессиональной подготовки к возможному появлению кокаинизма в подростковой популяции. Именно поэтому описание злоупотребления и пристрастия к кокаину, основанное на опыте других стран, включено в данную книгу.

КОКАИНОВОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Картина кокаинового опьянения сходна с той, что наблюдается при действии стимуляторов, однако имеются некоторые отличия. Скорость развития опьянения и его интенсивность зависят от способа введения.

Внутривенное введение алкалоида кокаина оказывает стремительное действие. На сленге его обозначают как «раш» (rush), т. е. «бросок». Уже «на кончике иглы» развиваются эйфория, чувство душевного и телесного блаженства, необыкновенного комфорта, а также «любви» ко всем людям.

Курение «крэка», т. е. прессованного порошка, также оказывает быстрое действие, так как всасывание происходит со всей поверхности легких.

«Крэк», как указывалось, представляет собой кокаин, особым образом приготовленный, и отличается тем, что не разрушается при нагревании.

Перназальное введение, при котором порошок кокаина закладывается в ноздри, как в старину понюшка нюхательного табака, начинает действовать несколько медленнее — через 5—10 мин. В конце XIX — начале XX в. это был самый распространенный метод злоупотребления кокаином. В настоящее время к нему прибегают редко.

Жевание листьев кустарника кока в основном использовалось туземцами Центральной и Южной Америки. Действие кокаина при этом наступает гораздо медленнее и выражено значительно слабее, чем при упомянутых ранее способах введения.

Типичное опьянение можно охарактеризовать как маниакальноподобное состояние с выраженной эйфорией и повышенной активностью, самоуверенностью, даже величавостью в манере держать себя. Одновременно имеются определенная настороженность, склонность к конфликтам, у подростков — драчливость. Субъективно ощущается повышение творческих способностей, небывалой сообразительности, особой глубины и проникновенности собственных мыслей. Характерным считается также половое возбуждение, у подростков иногда с тенденцией к гомосексуальности, которая не проявлялась ранее. Возможно, это связано с недостаточной дифференцированностью влечения в данном возрасте. Отмечают также приятное самочувствие, легкость во всем теле.

Соматические нарушения сводятся к учащению сердцебиений, повышению артериального давления. Зрачки расширены. Иногда озноб с холодным потом чередуется с чувством жара во всем теле.

Опьянение при передозировке протекает иначе: на фоне тревоги, страха и растерянности возникает образный

бред преследования. Появляются мысли, что окружающие что-то замышляют, хотят расправиться, убить.

Тактильные галлюцинации весьма характерны именно для действия больших доз кокаина или для высокой чувствительности к обычным дозам. Появляется ощущение, что по телу ползают насекомые (симптом Маньяна), их ищут, пытаются ловить и давить, расчесывают кожу.

Могут слышаться оклики по имени, чаще — звон в ушах. Иногда появляется необычное любопытство ко всему окружающему — беспрестанно все разглядывают. Возникают стереотипные движения губ и языка. Отмечаются также необъяснимые странности поведения, например склонность складывать в кучи различные вещи.

Соматические и неврологические нарушения при передозировке весьма серьезны. Появляются сердечные аритмии. Боли за грудиной напоминают приступы стенокардии. Описаны обмороки, судорожные припадки. Смерть может наступить вследствие остановки сердца или угнетения дыхательного центра. Последнее осложнение особенно опасно, если действие кокаина сочетается с приемом опиатов.

П о с л е д е й с т в и е (постинтоксикационное состояние) характеризуется теми же нарушениями, что и при других стимуляторах (фенамин, эфедрон и т. д.). Словом «краш» (crush), т. е. «поломка», американские подростки обозначают дисфорию с тревогой, раздражительностью, озлобленностью и на других, и на себя, и одновременно с выраженной астенией и тоскливостью. Возникает сильное желание повторить курение или вливание кокаина.

Через несколько часов от начала последействия оно начинает ослабевать и к концу суток проходит, оставляя только астению. Если же к концу суток дисфория не исчезает, а даже обнаруживается ее нарастание, то это указывает на развитие абстинентного синдрома [DSM-III-R, 1987].

КОКАИНОВЫЕ ПСИХОЗЫ

А т и п и ч н о е п с и х о т и ч е с к о е о п ь я н е н и е с о с т р а х о м и т р е в о г о й чаще является следствием передозировки или повторного злоупотребления в один и тот же день. Иногда может развиться при первом же внутривенном введении «крэка». Страх и тревога сочетаются с растерянностью. Возможны эпизодические слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации. Например, с отвращением сбрасывают с тела кажущихся червей и насекомых. Мнимые угрозы со стороны других людей могут быть причиной внезапной агрессии в отношении окружающих. Возможны и неожиданные суициды.

Подобное атипичное опьянение является, по сути дела, транзиторным психозом. Его главная особенность в том, что психотическое состояние длится всего несколько часов и прекращается, когда минует интоксикация.

Кокаиновый делирий может возникнуть в течение суток от момента интоксикации, длиться же может до нескольких дней. Отличается от атипичного психотического опьянения наплывом зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций. Последние нередко преобладают. Содержание их меняется и связано с крайней лабильностью эмоций. Галлюцинаторные переживания то устрашают, то вызывают необычный интерес. Они же могут стать причиной жестокой агрессии в отношении окружающих, притом совершенно внезапной для них.

Кокаиновый онейроид встречается реже других психотических расстройств. Появляются «киноподобные» зрительные галлюцинации. Поглощенный созерцанием развертывающихся перед его взором подвижных картин и сцен пациент остается внешне пассивным, он как бы отключен от того, что в действительности вокруг него происходит. Длительность онейроидов различна — от нескольких часов с начала интоксикации (атипичное онейроидное опьянение) до нескольких дней.

Кокаиновый параноид развивается в течение получаса — часа после злоупотребления. Но длительность его весьма различна — от нескольких дней до месяца и даже года. В затяжных случаях картина обычно весьма сближается с параноидной шизофренией. Весьма вероятно, что в этих случаях интоксикация кокаином служит фактором, провоцирующим шизофренический процесс. Да и в тех случаях, когда параноид длится сутки-двое без повторного поступления в организм кокаина, т. е. когда первоначально введенный кокаин уже инактивирован, генез психоза остается неясным. Не исключена возможность провоцированных интоксикацией абортивных эндогенных психозов по типу «зарниц шизофрении» [Личко А. Е., 1985; Зефиров С. Ю., 1988].

Картина кокаинового параноида обычно сводится к быстро вспыхивающему («как озарение») бреду преследования. Все вокруг внушает чрезвычайное подозрение, поначалу с примесью некоторого любопытства, но вскоре с озлобленностью и агрессивностью. Лица других людей кажутся искаженными от злых умыслов. Среди галлюцинаций опять же характерны тактильные: насекомые и черви не только ощущаются ползающими по коже, но возникает убежденность, что они проникли под кожу. Больные стараются их оттуда достать, отчего кожа оказывается покрытой множеством глубоких расчесов и царапин. Слуховые и зрительные галлюцинации появляются не всегда и бывают эпизодическими. Наряду с бредом преследования иногда развивается бред ревности или бред величия.

Во время параноида сохраняется внешняя упорядоченность поведения. На окружающих они могут не производить впечатление бредовых больных. Наоборот, способны даже индуцировать других, которые поначалу разделяют их опасения, верят их рассказам.

КОКАИНОВАЯ АБСТИНЕНЦИЯ

Главный симптом абстиненции — тяжелая дисфория с мрачностью, озлобленностью, раздражительностью, аффективными вспышками, двигательным беспокойством и угнетенным настроением. Бессонница и сонливость могут чередоваться или даже сочетаться друг с другом (сонный вид и невозможность уснуть). На фоне абстиненции могут вспыхивать как отдельные бредовые идеи преследования и отношения, так и появляться суицидные мысли. Кокаиновая абстиненция считается особенно опасной в отношении суицидов.

В период абстиненции влечение к кокаину бывает очень сильным.

Соматические проявления обычно незначительны.

Картина абстиненции во многом напоминает последействие интоксикации кокаином. Но при абстиненции вслед за последним употреблением кокаина нарушения в течение суток не ослабевают, а, наоборот, нарастают. «Пик» абстиненции приходится на 2—4-е сутки, но депрессия и раздражительность могут держаться до месяца.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ КОКАИНОМ И КОКАИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

Эпизодическое злоупотребление кокаином («крэком») среди подростков США встречается чаще всего. Например, учащиеся курят «крэк» во время уикендов в своей компании и не употребляют его в течение недели. Перерывы при эпизодическом употреблении переносят легко, без явлений абстиненции (последействие длится не более суток). Возобновление злоупотребления происходит под влиянием своей компании (проявления реакции группирования или даже групповая психическая зависимость), в силу сложившегося стереотипа (уикенды) и под влиянием иных социопсихологических факторов.

Злокачественное периодическое злоупотребление напоминает алкогольные запои. Его называют «бинджинг» (bindging), что означает «загул». Кокаиновый «бинджинг» у подростков чаще всего длится только 2 сут — дольше редко выдерживают. За этот период курением (реже —

внутривенными вливаниями) вводится до 1 г кокаина и даже больше. Прерывают «бинджинг» из-за невероятного изнеможения. Но он сменяется тяжелым последействием («краш»). Чтобы его как-то смягчить, прибегают к алкоголю, снотворным, транквилизаторам, притом в больших дозах. Для восстановления сил требуется не менее 2—3 сут. Частые «бинджинги» приводят к формированию наркомании.

Хроническое злоупотребление (ежедневное или почти ежедневное) приводит к формированию наркомании с разной скоростью в зависимости, прежде всего, от способа введения кокаина в организм. При внутривенных вливаниях или при курении «крэка» признаки наркомании появляются относительно быстро — обычно через несколько недель. При перназальном введении формирование наркомании было гораздо более постепенным. Иногда после многих месяцев злоупотребления перерыв не вызывал явлений абстиненции и даже психическая зависимость была выражена неотчетливо. Еще более медленное привыкание было описано при жевании листьев кока.

Признаками наркомании, кроме психической зависимости и постоянного влечения к кокаину, служат рост толерантности, изменение картины опьянения, а также развивающиеся постоянные психические и соматические нарушения. Рост толерантности проявляется необходимостью увеличивать дозу — сперва, чтобы вызвать эйфорию, а затем, чтобы купировать абстиненцию. По мере развития наркомании эйфорический эффект кокаина исчезает полностью, а дисфория в последействии и во время абстиненции становится все тяжелее. Мотивом употребления кокаина служит уже не желание испытать эйфорию, а лишь купировать или предотвратить дисфорию.

Со временем устанавливается постоянная апатическая депрессия с ангедонией (ничто не радует, все становится неинтересным). Обманчивая активация творческих способностей в начале злоупотреблений сменяется бездеятельностью или беспорядочной суетливостью и болтливостью. Еще далее отстраняются от всех контактов, кроме необходимых для приобретения кокаина. Возникают выраженные сексуальные дисфункции — импотенция, аменорея. Ослабевают память и способность к сосредоточению внимания. Нарастает общее истощение.

У тех, кто использовал перназальное введение кокаина, возникали изъязвления и прободения носовой перегородки, а также невриты тройничного нерва с мучительными болями.

Известны случаи кокаиновой эпилепсии, причем припадки прекращаются, когда прерывается злоупотребление.

При кокаиновом опьянении с типичной картиной рекомендуются обычные меры дезинтоксикации (см. гл. 6) и транквилизаторы. При отравлении высокими дозами, кроме того,— сердечные, кофеин, стимуляторы дыхания по показаниям.

При атипичных психотических опьянениях в зависимости от ведущего синдрома используют нейролептики или транквилизаторы (реланиум или феназепам при делирии, трифтазин или галоперидол при параноиде и др.). Абстиненцию и «бинджинг» купируют инъекциями реланиума и амитриптилина (лучше в виде капельных внутривенных вливаний).

Кокаиновая наркомания, за исключением далеко зашедших случаев, в прошлом считалась одной из наиболее курабельных. Кокаин рекомендовалось отнимать сразу, а купирование абстиненции сочетать с психотерапией, направленной на убеждение прекратить злоупотребление. Обстоятельных катамнестических данных при лечении кокаиновой наркомании у подростков за рубежом пока не опубликовано.

Профилактика в настоящее время в нашей стране может быть ограничена жестким перекрытием всех каналов поступления кокаина контрабандным путем из-за рубежа.

Глава 14. ПРЕПАРАТЫ КОНОПЛИ — КАННАБИНОИДЫ (ГАШИШ И МАРИХУАНА)

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

В СССР для злоупотребления чаще всего используется смолистое вещество, которое выступает на поверхности цветущих верхушек женских особей конопли («матерки»). Особенно им богат один из ее видов Cannabis sativa и его разновидность Cannabis indica (индийская конопля). Основным действующим началом является 9-дельта-тетрагидроканнабиол, который содержится не только в указанном смолистом веществе, но, и, правда в гораздо меньшем количестве, в стеблях и листьях растения, а также в другом виде конопли — дикорастущей. В разных видах конопли и в различных частях растений содержание тетрагидгроканнабиола колеблется от менее 1 до 15 % [DSM-III-R, 1987].

Собранная смола высушивается, иногда прессуется. Полученный препарат в разных регионах называют неодинаково — гашишем, анашой и рядом других наименований; на сленге подростков он чаще всего фигурирует как «план».

В Америке и в Европе гораздо более, чем гашиш, распространена марихуана. Ее готовят по-другому: высушивают и из-

мельчают цветущие верхушки, листья и верхние части стеблей женских особей конопли. Используют высушенную травяную смесь — «травку» (grass) или «сено» (hay) на сленге наркоманов и «хиппи». Марихуана гораздо менее активна, чем гашиш, иногда в 10 и более раз слабее его.

В настоящее время на «черном рынке» в западных странах появился весьма активный синтетический гидроканнабиол, который приблизительно в 20 раз сильнее естественного гашиша.

Использование опьяняющего действия конопли среди народов Азии и Африки известно с XV в. Широкое распространение оно получило в мусульманских странах Востока. Мухáммед — основатель мусульманства — запретил правоверным употребление спиртных напитков. Гашиш сделался для них самым популярным заменителем алкоголя. Его стали курить в мужских компаниях, иногда пуская по кругу трубку, ведя «застольные» беседы, выбирая тамаду и т. п.

В Европе первое научное описание гашишной интоксикации принадлежит французскому психиатру Моро де Туру [Moreau de Toures J., 1845]. Он же предложил использовать гашиш для экспериментального исследования психики, возможно, став, таким образом, основателем экспериментальной психиатрии. Но злоупотребление гашишем в Европе до середины XX столетия оставалось весьма ограниченным. Более всего к нему проявляли интерес деклассированные элементы и круги артистической богемы. В США в 30-х годах распространение марихуаны было запрещено и строго наказывалось. Возможно, потребность к этому была вызвана неудачным «сухим» законом, впоследствии отмененным.

С начала 60-х годов в США, а затем и в Европе злоупотребление марихуаной приняло эпидемический характер. Переносчиками с Востока оказались американские военнослужащие, воевавшие во Вьетнаме. Но благодатной почвой оказались вспыхнувшие в то же время протестные молодежные движения (например, «хиппи») и нарождение новой молодежной субкультуры с пассивным образом жизни, особой музыкой, увлечениями, одеждой, манерой вести себя и противопоставлением всего этого духовным ценностям старшего поколения. Опьянение тетрагидроканнабиолом как нельзя лучше соответствовало потребностям представителей этой субкультуры — пассивному протесту, уходу в мир грез от трудностей и невзгод.

В итоге 70-е и 80-е годы в США и в Европе ознаменовались массовым курением марихуаны. В 1977 г. американский президент Дж. Картер обратился со специальным посланием к конгрессу США о борьбе с наркоманиями. В нем указывалось, что 45 млн. американцев, т. е. почти 20 % населения, пробовали курить марихуану, а 11 млн., т. е. более 4 %, пристрастились к ней и курят ежедневно. Констатировалось, что строгие законы, направленные на борьбу со злоупотреблением марихуаной, не дали эффекта, и на основании этого было предложено «декриминализировать» марихуану [Бабаян Э. А., 1988]. При этом учитывалось также мнение части американских наркологов о том, что курение марихуаны не столь уж вредно для

8 Заказ № 745

здоровья [Wald P., Hutt P., 1972]. Критически оценивая подобное отношение к марихуане, нельзя не отметить, что она значительно беднее тетрагидроканнабиолом, чем распространенный в СССР гашиш. Но «декриминализация» марихуаны повлекла к росту числа заядлых курильщиков, особенно среди подростков. В 80-х годах 9 % учащихся средних школ в США ежедневно курили марихуану. Среди взрослых в 1981—1983 гг. в США 4 % популяции «в какой-либо период жизни» злоупотребляли марихуаной [DSM-III-R, 1987].

В СССР с давних времен эндемами гашишизма были республики Средней Азии и Кавказа. В другие регионы гашиш стал интенсивно проникать в конце 60-х годов и особенно в 70-х годах. Резко возросшая межрегиональная миграция населения послужила одной из причин, а нарождающиеся молодежные и подростковые субкультуры — благодатной почвой. Неблагополучными стали также те регионы, где произрастает дикая конопля (юг Украины, Дальний Восток и др.).

РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В США И ДРУГИХ ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ

Как было указано, эпидемия среди молодежи в США началась в 60-х годах во время войны во Вьетнаме. Около 30 % американских военнослужащих, воевавших там, пристрастились к курению марихуаны [Бабаян Э. А., 1988]. С конца 60-х годов началось «омоложение» контингента курильщиков. В 1969 г. S. Yolles сообщил о том, что в США 15 % школьников в возрасте от 10 до 15 лет в компаниях курили марихуану. Особенно неблагополучным оказался штат Калифорния, где 43 % учащихся старших классов курили ее регулярно [Weiner I., 1972]. Затем эпидемия перекинулась на подростковую популяцию Западной Европы. Например, в Париже к 1980 г. среди 14-летних мальчиков 8 % пробовали марихуану, а среди 17-летних таких оказалось уже 33 % подростков мужского и 18 % женского пола [Kandel D. et al., 1981]. В Португалии среди подростковых наркоманий злоупотребление марихуаной составило третью часть [Dias C., Polvora F., 1983].

Если первоначально главную причину злоупотребления искали в особенностях мотивации — свойственном подросткам любопытстве и поискам неизведанного [Keeler M., 1968], то затем большее внимание стало уделяться психосоциальным особенностям подростков, курящих марихуану. Указывалось на их нежелание трудиться, склонность к паразитическому образу жизни, непокорность, нонконформизм, неподчинение принятым нормам и правилам поведения, а также на аффективную неустойчивость и даже склонность к депрессиям [Brook J. et al.,

1985]. Наконец, ведущую причину стали усматривать в социопсихологических факторах — нестабильности родительских семей, их распаде, пьянстве и алкоголизме родителей [Cadoret R. et al., 1986].

Косвенным показателем популярности марихуаны в США и других англоязычных странах служит довольно богатый лексикон сленга подростков и молодежи в той его части, которая касается этого наркотика, способов его употребления и особенностей действия [Lingemann R., 1974]. Марихуану называют не только «травкой» и «сеном», как указывалось выше, за ее внешний вид, но и «малышкой» (baby), скорее всего подразумевая относительную слабость опьяняющего действия (героин называют парнем — boy), «гуделкой» (boo), видимо, от вызываемого ею звона в ушах, «хихикающим куревом» (giggle smoke), «горшком» (pot), одним звуком «ай» (I от Indian hamp — индийская конопля) и многими другими прозвищами. Слабодействующую марихуану из дикорастущей конопли называют «сорной травкой» (dirt grass). Сигарету с марихуаной обозначают такими словами, как raefer (гардемарин, т. е. курсант морского училища), joint (объединение, союз, что может быть связано с курением в компаниях, когда сигарета идет по кругу, а опьянение располагает к откровенности с приятелями, создает субъективное чувство духовного единства). Очень большие сигареты называют «громадным Мезом» (mighty Mezz), по имени популярного джазового артиста Меза Месроу, который курил подобные, им самим приготовленные сигареты. Особые клички получили разные сорта марихуаны в зависимости от силы опьяняющего действия: «обрезки» (debris) — марихуана из стеблей и семян конопли, где мало каннабинолов, «золото», «красная», «Золото Панамы», «Золото Акапулько» — наиболее активные сорта, выращиваемые в Мексике и Панаме. Приготовляемый по занесенному из Азии способу препарат, напоминающий гашиш, называют «черным русским» (black Russian). Считается, что чем темнее гашиш, тем он крепче. Синтетический гидроканнабиол называют «синтетической травкой» (synthetic grass) или «Прекрасной Кларой».

Из того же сленга можно почерпнуть немало сведений о способах курения марихуаны. Ее обычно курят с помощью «клипа» (clip), что дословно означает «скрепка». Это дает возможность выкурить сигарету до конца, не обжигая пальцев. Клипом может быть свернутая трубочкой плотная бумага или специальный мундштук, даже разукрашенный инкрустацией (у «хиппи» часто со знаком «пацифика»). Для усиления действия марихуаны ее курят особенно глубокими затяжками (to bogart — по фамилии известного актера, курившего именно так). Одним из утонченных способов является охлаждение дыма при курении. Для этого курят через металлическую трубочку, изнутри покрытую льдом (ice tray) или каждую затяжку заедают листком замороженного в холодильнике салата-латука, который называют «айсбергом». Курение марихуаны оставляет в помещении специфический запах. Его стараются чем-нибудь заглушить, например сжигая ароматические палочки (to incense — курить ладан).

Сленг менее богат словами, связанными с употреблением марихуаны в пищу. Видимо, этот способ среди подростков мало распространен, хотя в 60-х годах в США на экранах шел кинобоевик «Я люблю тебя, Алиса То́клес» о судьбе наркомана, начавшего с печенья с марихуаной. Подобное печенье из-за его коричневого цвета называют «смуглянкой» (brownie, но этим же словом обозначают 8—11-летних младших членов организации скаутов для девочек). Алиса Токлес (Alice B. Toklas) — действительное историческое лицо, известная в США лесбиянка. Еще в 20-х годах (период «сухого закона») она издала ставшую популярной поваренную книгу с многочисленными рецептами деликатесов и сластей, приготовляемых с марихуаной, которую употребляют с вином, мороженым, медом, молочным коктейлем и др.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В СССР

Эпидемиологических сведений о гашишизме в нашей стране опубликовано очень мало. Согласно данным о всей популяции в целом, известно, что гашишизм среди зарегистрированных наркоманов в 80-е годы прочно занимал 2-е место после опийных наркоманий, составляя 20—30 % от общего числа наркоманов [Бабаян Э. А., 1988]. Однако следует учитывать, что гашишная наркомания формируется медленнее и выявляется труднее, чем опийная, особенно в регионах, где растет дикая конопля. Скрыть курение легче, чем инъекции опиатов. Абстиненция при гашишизме менее тяжела и менее заметна для других, вполне возможно самолечение без необходимости медицинской помощи. Поэтому 9 тыс. гашишистов, официально зарегистрированных в СССР в 1985 г. [Бабаян Э. А., 1985], вряд ли являются истинным их количеством в стране.

Сведения о злоупотреблении гашишем подростками и о гашишной наркомании среди них еще более скудны.

При сплошном обследовании всех подростков двух районов одного из городов на Северном Кавказе было обнаружено, что 4,5 % из них курили гашиш эпизодически, а у 1,5 % выявлены признаки психической зависимости от него, т. е. уже могла быть диагностирована гашишная наркомания. В пересчете на 1 тыс. подростков число куривших гашиш составило среди учащихся старших классов средней школы 3,2; среди учащихся профессионально-технических училищ — 41; среди стоящих на учете инспекции по делам несовершеннолетних в связи с делинквентностью — 152 [Тургиев С. Б. и др., 1987].

Северный Кавказ, Закавказье, Средняя Азия, юг Украины, Дальний Восток являются регионами, где растет конопля, и поэтому неблагополучными в отношении злоупотребления гашишем. Однако гашиш проник в подростковые компании в Москву, в Ленинград и в некоторые другие крупные города. Источниками распространения оказались служившие там солдаты — уроженцы гашишных районов, а в последние годы — подростки из Средней Азии, приехавшие в эти города учиться в профессионально-технические училища.

В отличие от взрослых, которые в поле зрения нарколога попадают при уже сформировавшейся гашишной наркомании, среди подростков, госпитализированных в психиатрические и наркологические стационары, 58 % составляют эпизодически злоупотребляющие без признаков зависимости, и лишь в 42 % диагностирована гашишная наркомания [Колотилин Г. Ф., Михайлов В. И., 1981]. Объясняется это скорее всего тем, что становление наркомании осуществляется в среднем после 2 лет эпизодического злоупотребления [Оганесян Н. В., 1987]. Под-

ростков же, замеченных в курении гашиша, часто сразу направляют на обследование.

Русский подростковый сленг также содержит ряд слов, относящихся к злоупотреблению гашишем, но лексикон гораздо беднее английского. Гашиш называется «план», «дурь». Первое название, быть может, отражает возникающее в опьянении ощущение возможности исполнения желаний и намерений, второе — приступы неудержимого смеха. «Баш» — однократная доза гашиша, обычно около 1 г. Сигарету или папиросу с гашишем называют «косяком» — то ли потому, что от нее пьянеют («окосел»), то ли из-за того, что она горит косо, отчего между пальцев могут оставаться следы ожогов.

ГАШИШНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Субъективная картина гашишного опьянения наиболее полно и красочно описана в художественной литературе на основании собственного опыта французским поэтом Шарлем Бодлером (1821—1867) в его книге «Искание рая» (глава «Китайские тени»)[1].

По словам Ш. Бодлера в гашишном опьянении «наблюдаются три легко различимые фазы... Прежде всего вами овладевает какая-то веселость — бессмысленная и неудержимая. В вашем мозгу создаются непрерывно самые несообразные, самые непредвиденные ассоциации и сопоставления, бесконечная игра слов, полные комизма сцены..., бесполезно бороться против этой веселости, мучительной, как щекотка... После первого периода наступает кратковременное успокоение. Но вскоре появляются ощущение холода в конечностях и страшная слабость во всех членах: руки ваши совершенно расслаблены, а в голове и во всем вашем существе вы ощущаете какое-то онемение и тягостное оцепенение. Глаза ваши расширяются, они словно растягиваются во всех направлениях силой неудержимого экстаза... Губы высыхают и как бы втягиваются ртом... Горло как бы сжимается. Небо пересохло от жажды, которую было бы бесконечно приятно утолить, если бы сладость лени не казалась еще приятней и не противилась малейшему перемещению тела. Хриплые и глубокие вздохи вырываются из вашей груди... Время от времени вы вздрагиваете, вы вынуждены делать непроизвольные движения, напоминающие подергивания... Именно в этот период опьянения обнаруживается... удивительная острота всех чувств. Обоняние, зрение, слух, осязание принимают одинаковое участие в этом подъеме. Глаза созерцают бесконечное. Ухо различает почти неуловимые звуки среди самого невероятного шума. И тут-то начинают возникать галлюцинации... Звуки облекаются в краски, в красках слышится музыка... Случается иногда..., что созерцание окружающих предметов заставляет вас забыть о своем собственном существовании, и вы сливаетесь с ними..., соотношение между временем и личностью совершенно нарушено благодаря количеству и интенсивности ощущений и мыслей. Можно сказать, что в течение одного часа переживается несколько человеческих жизней... В опьянении гашишем бывают периоды прояснения и обманчивого затишья, очень часто гашиш вызывает чувство жестокого голода и почти всегда — необыкновенную жажду...

К счастью, эта фаза опьянения непродолжительна, она сменяется другой фазой. Это новое состояние обозначается на Востоке словом «кейф». В нем нет уже бурных и головокружительных порывов. Это блаженство покоя и неподвижности...».

---

[1] Бодлер Ш. Искание рая. Пер. с франц. В. Лихтенштадта, СПб, 1908, с. 19—42.

Опьянение завершается страшной слабостью. «Вы еще несколько часов лишены возможности работать, действовать, проявлять свою волю. Это наказание за ту беззаботную расточительность, с которой вы расходовали вашу нервную энергию...».

Проявления опьянения у подростков, как и у взрослых, весьма разнообразны и зависят от дозы попавшего в организм тетрагидроканнабиола, индивидуальных особенностей, способа введения и других факторов, включая индуцирующее влияние компании курильщиков. При небольших дозах, видимо, особенно сказывается «эффект ожидания», т. е. предварительная установка подростка, имевшиеся у него о действии гашиша сведения [Пятницкая И. Н., 1975].

При курении действие гашиша начинает сказываться через 5—10 мин, при более редком пероральном употреблении — через 15—20 мин. Дозировать при курении очень трудно: крепость гашиша бывает разной, одну сигарету могут пускать по кругу в компании, глубина и продолжительность затяжек неодинакова, в окурке концентрация гашиша оказывается наибольшей.

Существуют различные попытки систематизировать многообразные проявления гашишного опьянения. J. Bouquet (1950) составил схему последовательности развития симптомов. Первым из них, по его мнению, служит потребность двигаться, прыгать, танцевать, а высшей точкой становится «онейрический экстаз».

И. Н. Пятницкая (1975) выделила 4 стадии гашишного опьянения.

I стадия — очень короткая — при курении начинается через 5—10 мин и столько же длится. Возникает тревога, иногда даже чувство неопределенного страха; окружающее кажется каким-то подозрительным. От подростков, куривших гашиш, о подобном коротком эпизоде тревоги слышать не приходилось. Возможно, об этом впоследствии забывают или не придают этим переживаниям значения. Возможно также, что у подростков тревожность мимолетна и смягчается реакцией группирования — курят в компании приятелей-сверстников.

II стадия включает эйфорию, нарастающие психосенсорные расстройства и постепенное нарушение сознания — от его сужения до оглушения или сумеречного состояния. Подчеркивается заражение эмоциями в группе курильщиков — смех, страх, растерянность одного быстро без слов передается другим. У подростков это явление бывает выражено достаточно ярко. И. Н. Пятницкая (1975) предполагает особый неречевой «архаический» способ передачи аффектов в группе. Выраженность и последовательность развития отдельных симптомов неодинакова у разных индивидуумов, но довольно постоянна у одного и того же лица при повторном курении.

III стадия представляет собой, по сути дела, уже психотическое состояние со спутанностью и отрывочным бредом. Имитация смеха и плача других в этом периоде становится насильственной. Вряд ли эта фаза заслуживает квалификации как «функциональная декортикация» [Пятницкая И. Н., 1975].

IV фаза — выход из состояния опьянения — проявляется сочетанием астении с сильным чувством голода и жажды. Наевшись и напившись, они засыпают. Сон продолжительный (до 12 ч), но беспокойный.

У подростков при курении гашиша, особенно эпизодическом, интоксикация обычно ограничивается легким субпсихотическим опьянением. Однако при случайной передозировке или при индивидуально повышенной чувствительности могут развиваться тяжелые психотические опьянения, а также возникать атипичные картины. Последние более всего зависят от «почвы», т. е. от индивидуальных особенностей. Первое в жизни курение гашиша у подростков, по их словам, вызывает иную реакцию, чем это описано у взрослых.

РЕАКЦИЯ НА ПЕРВОЕ КУРЕНИЕ

Первое в жизни курение гашиша обычно, по словам подростков, не вызывало у них вообще никаких ощущений. Имеющиеся описания у взрослых включают тошноту, слюноотделение, головокружение, головную боль. Возможно, некоторые подростки избегают рассказывать о подобных ощущениях из-за представлений о «мужественности». Или же при первом курении они проявляют осторожность, избегают глубоких затяжек, и доза поступившего в организм тетрагидроканнабиола оказывается небольшой. В тех случаях, когда интоксикация бывает значительной, например, когда гашиш примешивают к спиртным напиткам, подростки при первом опьянении отмечают сухость во рту, тошноту, затруднение дыхания, стеснение в груди, сердцебиение [Опря Н. А., Опря Н. Н. 1987].

Для того, чтобы испытать «кайф», по рассказам подростков, необходимо «вкуриться», т. е. покурить 2—3 раза.

ЛЕГКОЕ СУБПСИХОТИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Развивается через 5—15 мин после курения. Основными проявлениями у подростков служат аффективные перепады от безудержного веселья до мгновений страха и ужаса, склонность к «эмоциональному заражению», потребность двигаться, общаться, высказываться. Возникают разнообразные психосенсорные расстройства, а также иногда сужение сознания. Последующей амнезии не бывает.

Взрывы хохота, охватывающие всю компанию курильщиков, преобладают среди аффективных нарушений. Однако не

менее заразительны и другие эмоции; тревожная подозрительность, растерянность, испуг у одного легко передается другим. Приступы смеха могут вызвать слова, жесты, попавшие в поле зрения предметы, в которых ничего смешного нет и которые в обычном состоянии никогда бы так не развеселили. Это же касается тревоги и страха. Спонтанная злоба и агрессия малохарактерны, но они могут быть спровоцированы со стороны или намеренно вызваны лидером группы и тогда становятся не менее заразительными для остальных. В редких случаях, когда подростки курят в одиночку, в качестве эмоционального фона может преобладать ленивое блаженство.

Стремление к движению, а не к деятельности, отличает опьянение гашишем от интоксикации стимуляторами. Даже сидя, подростки пританцовывают, ритмически постукивают ногой или рукой, энергично жестикулируют; лицо то и дело искажают утрированные гримасы. Ритмическая музыка легко подталкивает к приплясыванию в виде стереотипно повторяющихся движений. Целенаправленная активность несвойственна. Индуцируя друг друга, могут ломать и крушить все, что попадается на глаза, напуганные — бросаться в паническое бегство.

Психосенсорные расстройства включают разнообразные симптомы дереализации и деперсонализации. Окраска окружающих предметов кажется необыкновенно яркой, цвета — необычно насыщенными. Реже, наоборот, все воспринимается тусклым и блеклым. Особенно подчеркивается измененное восприятие звуков. Субъективно ощущается обострение слуха. Кажется, что улавливают каждый далекий шелест и шорох. На самом деле исследование слуховых порогов не обнаруживает их заметного снижения. Судя по поведению в период опьянения, вероятно, что более обстоятельные исследования слуха (выделение сигнала из шума, дифференциальные пороги, восприятие коротких звуковых сигналов и др.) могли бы обнаружить существенное ухудшение. Нередко подчеркивается измененное восприятие музыки, которая кажется необычной, особенно проникновенно действующей. Предпочитается музыка, не слишком громкая, но ритмическая и с простой мелодией. Среди злоупотреблявших марихуаной подростков в западных странах особенно популярны были «Битлзы» и подражавшие им ансамбли. Считается, что именно подобные ансамбли разнесли по Америке и Европе «моду» на марихуану среди молодежи и подростков.

Нарушение восприятия пространства и времени особенно характерно. Искажается оценка расстояния: нередко предметы кажутся гораздо дальше, чем находятся на самом деле. Потребность двигаться у подростков нередко оборачивается желанием на чем-нибудь покататься. Садятся на мотоцикл, угоняют чужую машину. Даже обладая навыками вождения, из-за

неправильной оценки расстояния такие поездки приводят к столкновениям, наездам, авариям и катастрофам. В этом отношении гашишное опьянение может оказаться опасней алкогольного. Иногда искажается также величина видимых предметов, которые представляются то невероятно большими, то до смешного маленькими. Оценка времени также нарушается. Чаще всего время тянется бесконечно медленно.

Кинетические нарушения восприятия лежат в основе своеобразной «соматической аутодеперсонализации». Ощущается необычная легкость в теле, свобода движений, которые подростки называют «невесомостью» — словом, почерпнутым из лексикона космонавтов.

Одной из существенных черт легкого гашишного опьянения является остро возникающая потребность в контакте. При виде приятелей у подростка появляется неодолимое желание высказаться, раскрыть сокровенные мысли, быть понятым и оцененным. Свои же мысли начинают казаться необыкновенно глубокими. Самооценка также повышена, но без заносчивости и грубой демонстрации своего превосходства перед другими членами компании («дружелюбное превосходство над другими»). Отношение к ним скорее благодушное, все «свои» воспринимаются как очень хорошие.

Потребность высказаться оборачивается неудержимой болтливостью. Ее даже называют «речевым напором». Сами же высказывания сбивчивы, мысль легко перескакивает с одного на другое. С большим жаром говорят о пустяках. Эмоции как бы перехлестывают мысли. Встречаются внезапные обрывы в мышлении — секундные запинки, напоминающие «шперрунги» при шизофрении, но субъективно они не тяготят.

Сексуальное возбуждение, по распространенному мнению, часто сопровождает гашишное опьянение. Однако нет никаких данных о действительном повышении сексуальной потенции (какое, например, имеется при отравлении «ширкой»). В подростковой компании, опьяненной гашишем, секс служит одной из главных тем для бесед. При этом может испытываться сексуальное возбуждение, которое, как и многие другие ощущения во время действия гашиша, кажется необычно сильным и приятным. Но о каких-либо сексуальных эксцессах в подобных компаниях слышать не приходилось. Подростки, имевшие половые сношения в состоянии гашишного опьянения, делились своим впечатлением о том, что сексуальный контакт в такие моменты доставлял необычно сильное наслаждение. Возможно, что это связано со свойственной данному состоянию эмоциональной насыщенностью всех переживаний.

Своеобразное нарушение сознания при гашишном опьянении И. Н. Пятницкая (1975) квалифицирует как его сужение. Компания накурившихся представляет собой замкнутый круг;

ее участники видят, слышат и воспринимают лишь то, что происходит внутри этого изолированного круга, от всего прочего они как бы отключены, постороннего не замечают. В последующем в памяти сохраняется лишь то, что происходило внутри компании.

Другой формой нарушения сознания бывает его необычное раздвоение: способность самого себя видеть со стороны, как бы в себе самом ощущать существование двух людей, один из которых говорит, двигается, жестикулирует, а другой видит его со стороны и за ним наблюдает.

Вегетативные нарушения сводятся к сухости во рту, блеску глаз, гиперемии склер, расширению зрачков, иногда с анизокорией. Повышенного диуреза подростки обычно не замечают.

Длительность легкого опьянения зависит от дозы поступившего в организм тетрагидроканнабиола. Оно продолжается от получаса до нескольких часов.

При начавшемся протрезвлении резко усиливается чувство голода. Подростки съедают все съестные припасы, оказавшиеся под рукой (на сленге — «бомбят холодильник»). Голод связан с гипогликемией, развивающейся во время гашишной интоксикации. И. Н. Пятницкая (1975) высказала предположение, что тетрагидроканнабиол служит раздражителем для бета-клеток поджелудочной железы, которые выбрасывают в ток крови эндогенный инсулин. Исследований о влиянии тетрагидроканнабиола на инсулиновую активность плазмы крови нам не известно. Не исключено, что гипогликемия может быть связана не с гиперсекрецией собственного инсулина, а с угнетением инсулиназы печени — фермента, инактивирующего инсулин.

Насытившись, подростки становятся вялыми и сонливыми, легко засыпают, иногда в самом неподходящем месте. Сон продолжительный, но беспокойный, с яркими сновидениями.

Диагностическим признаком может служить своеобразный сладковатый запах от одежды курившего гашиш. Этот запах сохраняется несколько часов.

ТЯЖЕЛОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Развивается вследствие передозировки или индивидуальной повышенной чувствительности к гашишу. У подростков встречается относительно редко.

Делириозно-онейроидный синдром возникает, когда психотическое состояние следует за нарастающей симптоматикой легкого поначалу опьянения. Картина может ограничиться «онейрическим экстазом» [Bouquet J., 1950]. Оглушенные, отрешенные от окружающего мира подростки целиком погружаются в мир грезоподобных фантазий. В контакт вступить обычно не удается. На обращение не реагируют, от себя от-

талкивают. Впоследствии о содержании переживаний рассказывают неохотно, ссылаются, что плохо помнят. Возможно, преобладают эротически-сексуальные фантазии. Заново переживаются прежние события, когда-то вызвавшие сильные эмоциональные реакции — прежние «сцены любви и ненависти», по J. Bouquet (1950). Во время подобного онейроида можно видеть меняющееся выражение лица — от блаженства и веселья до ужаса и гнева. Иногда произносят отрывочные фразы.

Делириозные эпизоды на фоне онейроида могут преобладать или же развивается настоящий делирий. Наиболее часто он возникает у подростков, перенесших в прошлом черепно-мозговые травмы [Илешева Р. Г., Измаилова Н. Т., 1988]. Зрительные и слуховые галлюцинации бывают устрашающими. Видят зверей, бандитов, террористов. В страхе спасаются, могут проявить агрессию, притом жестокую, к тем, кто пытается их удержать или кто просто случайно окажется в поле зрения.

С о с т о я н и е с п у т а н н о с т и может быть как на высоте опьянения, так и возникнуть внезапно в самом его начале. Растерянный вид, непонимание происходящего вокруг, неузнавание приятелей из своей же компании перемежается с выраженными аффективными реакциями то страха, то злобы, то беспричинного веселья. Нелепый смех внезапно сменяется рыданиями. Могут быть отрывочные бредовые высказывания. Бросают фразы о преследователях, о том, что кто-то хочет на них напасть, что за ними следят, что их вот-вот арестуют. Во времени и месте оказываются дезориентированными. В контакт удается вступить с большим трудом, иногда можно получить ответ на один-два вопроса.

С у м е р е ч н ы е с о с т о я н и я также описаны при интоксикации гашишем у подростков [Опря Н. А., Опря Н. Н., 1987]. Внезапно появляется резкая бледность. Характерно застывшее напряженное выражение лица. Куда-то устремляются, бредут, что-то ищут. При попытке удержать оказывают неистовое сопротивление. Могут проявить жестокую агрессию без какого-либо повода со стороны. От своей компании как бы отключены, приятелей не узнают, поэтому агрессия всегда индивидуальна. В групповых нападениях принять участие неспособны. Никаких воспоминаний в последующем обычно не сохраняется.

Развитие сумеречных состояний во время гашишного опьянения также характерно для подростков, перенесших черепно-мозговые травмы.

Т я ж е л ы е д и с ф о р и и с немотивированной агрессивностью во время гашишного опьянения описаны у подростков, страдающих психопатоподобной шизофренией [Илешева Р. Г., Измаилова Н. Т., 1988].

О с т р ы й п а р а н о и д является довольно редким осложнением гашишной интоксикации. Непосредственно вслед за

употреблением гашиша появляются тревога, подозрительное отношение к окружению, на фоне которых активно высказываются идеи преследования и отношения. Их содержание чаще всего сосредоточено на агентах полиции и преступном мире. В злом умысле подозреваются свои же приятели. Защищаясь от мнимых врагов, сами могут проявить агрессию, иногда даже жестокую. Поэтому оказываются весьма опасными для окружающих. Явления деперсонализации приписываются тому, что кто-то хотел намеренно отравить.

Длительность острых психозов, вызванных гашишной интоксикацией,— от несколько часов до нескольких дней.

АБСТИНЕНЦИЯ ПРИ ГАШИШИЗМЕ

Явления абстиненции возникают при длительном и регулярном злоупотреблении. По мнению И. Н. Пятницкой (1975), абстинентный синдром бывает после 2—3 лет постоянного курения. Однако тщательное изучение динамики формирования этого синдрома [Коломеец А. А., 1987] обнаружило значительно более раннее появление первых признаков абстиненции и их постепенное нарастание по мере дальнейшего регулярного злоупотребления.

СТЕРТАЯ АБСТИНЕНЦИЯ

Уже через 1—2 мес ежедневного курения при его внезапном перерыве в течение последующих 3—5 дней наблюдаются выраженная астения и сонливость, а также умеренные вегетативные нарушения (небольшое повышение артериального давления, учащение сердцебиений, неприятные ощущения в области сердца, головные боли). Курение гашиша сразу все это устраняет и возвращает бодрость. Именно с подобными стертыми проявлениями абстиненции приходится иногда сталкиваться у подростков. Сами они могут еще не связывать эти нарушения с перерывом в курении гашиша.

Если ежедневное или почти ежедневное курение гашиша продолжалось в течение 3—6 мес, то психические проявления абстиненции становятся значительно более выраженными, но вегетативные по-прежнему остаются весьма умеренными. Вместо сонливости наступает упорная бессонница. Астения дополняется депрессией. Бывают суицидные попытки, преимущественно несерьезные, демонстративные. Астенодепрессивное состояние продолжается в течение 1—2 нед.

ВЫРАЖЕННАЯ АБСТИНЕНЦИЯ

В случаях же, когда злоупотребление гашишем продолжалось до года и дольше, абстинентный синдром становится очевидным. Астеническая депрессия сопровождается сенестопатиями

с крайне неприятными и болезненными ощущениями в разных частях тела. Особенно жалуются на сжимающие боли в голове и в области сердца. Высказываются ипохондрические идеи о наличии какого-либо весьма серьезного, опасного для жизни и неизлечимого заболевания. В последующие дни астения сменяется дисфорией. Вегетативные нарушения бывают резко выражены. Ознобы чередуются с потом. Наблюдаются мышечный тремор, подъемы артериального давления, тахикардия. Жалуются на тошноту и спазматические боли в животе. Характерно ощущение кожного зуда и ползания мурашек по коже (в отличие от кокаиновой интоксикации настоящих тактильных галлюцинаций не бывает, отношение к кожным ощущениям остается вполне критическим как к болезненному симптому). Тяжелые нарушения длятся около недели, далее они начинают постепенно угасать и к концу 2-й недели сглаживаются. Но компульсивное влечение к гашишу сохраняется еще до месяца и дольше.

АБСТИНЕНТНЫЕ ПСИХОЗЫ

Эти психозы описаны в очень редких случаях. Проявляются делирием, длящимся несколько дней и по картине сходным с алкогольным. В отличие от последнего не выражен мышечный тремор; характерна резкая бледность; выход из психоза постепенный, без критического сна [Пятницкая И. Н., 1975]. Предвестником психоза служит тревога, внезапно появившаяся во время абстиненции.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ГАШИШЕМ И ГАШИШНАЯ НАРКОМАНИЯ

Злоупотребление обычно начинается в подростковом возрасте. Чаще всего гашиш курят в смеси с табаком (изготовляя для этого самодельные сигареты или папиросы), реже — в чистом виде (обычно в специальных мундштуках) и еще реже используют, добавляя к спиртным напиткам. Начинают, как правило, в компании приятелей. Очень редко решаются закурить в одиночку. Как указывалось, первое курение обычно не дает никаких приятных ощущений. Те редкие случаи, когда эйфория возникает с первого употребления, считаются прогностически неблагоприятными в отношении быстрого формирования токсикомании [Ураков И. Г., Колесников А. А., 1979].

Большинство подростков употребляют гашиш нерегулярно: только, когда соберется «своя компания». Явных признаков зависимости в этих случаях не появляется. Возможно, что иногда возникает групповая психическая зависимость, желание покурить появляется только в случае, когда собралась привычная для этого занятия компания.

Эпизодическое курение даже в течение 2—3 лет может не сопровождаться формированием психической зависимости. При ежедневном или почти ежедневном курении первые признаки зависимости могут появиться через 1—2 мес.

Основными мотивами злоупотребления марихуаной подростками в США [Knopf I., 1984] считаются желание быть принятым компанией сверстников в качестве признанного ее члена (т. е. реакция группирования — А. Е. Личко, 1973), бунт против общества или родителей (т. е. реакция эмансипации), поиск путей, чтобы справиться со своими личными проблемами и, наконец, желание испытать релаксацию.

Даже среди тех, кто злоупотреблял многократно и довольно регулярно, более половины со временем бросают марихуану, не прибегая к другим дурманящим средствам [Jonston L., 1973]. Часть из них переходят к употреблению алкоголя [Колотилин Г. Ф., Михайлов В. Г., 1982].

I стадия наркомании характеризуется признаками психической зависимости от гашиша — вынужденный перерыв курения вызывает астению, вялость и сонливость. Настойчиво ищут, где бы раздобыть гашиш. В последующие дни может наблюдаться депрессия с аффективными вспышками, напоминающими дисфорию, и с демонстративным суицидальным поведением. Эти легкие абстинентные явления в течение нескольких дней проходят, но влечение к гашишу сохраняется до месяца и дольше.

При регулярном без перерыва злоупотреблении и отсутствии вследствие этого явлений абстиненции признаком явной психической зависимости становится желание выкурить в день две-три и более сигарет с гашишем, предпочтение более крепких его сортов, необходимость более продолжительного и интенсивного, чем прежде, курения (глубокие затяжки, задержка выдоха и т. п.). Гашиш становится главным интересом в жизни, курению его предпочитают все другие развлечения.

Социальная дезадаптация у подростков наступает быстрее, чем у взрослых. Нередко вообще курение гашиша начинается уже после того, как забросили учебу, появилась делинквентность и т. п. Однако при эпизодическом употреблении гашиша социальная адаптация может сохраняться.

Вегетативные нарушения вне периода интоксикации мало выражены, даже при наличии психической зависимости. Обращают внимание постоянно холодные потные ладони и, в качестве неожиданной находки, низкое, на грани гипогликемии, содержание сахара в крови.

Описанные проявления психической зависимости, оцениваемые как I стадия наркомании [Пятницкая И. Н., 1975], чаще всего и наблюдаются у подростков—до II стадии дело обычно не доходит.

Психологические исследования (проведенные методами интервью и незаконченных предложений) выявили у подростков с зависимостью от гашиша склонность весьма низко оценивать свое окружение, отсутствие близких друзей, чувство заброшенности, а также повышенную конфликтность, особенно с теми, кто пытается руководить их поведением. При злоупотреблении без зависимости более выступает склонность к диссимуляции личностных особенностей, стремление предстать в более выгодном свете [Сирота Н. А., 1987].

II стадия наркомании у подростков встречается довольно редко. Формирование физической зависимости от тетрагидроканнабиола неоднократно ставилось под сомнение как в нашей стране [Гофман А. Г., 1979], так и особенно в США. Следует учесть, что распространенная в США марихуана содержит гораздо меньше тетрагидроканнабиола, чем гашиш, поэтому наркомания может развиваться гораздо медленнее, а ее проявления — оказаться значительно слабее. Отсюда суждения о малой вредности марихуаны.

Ряд авторов [Дурандина А. И., 1968; Пятницкая И. Н., 1975; Коломеец А. А., 1987] утверждают о возможности развития физической зависимости при злоупотреблении гашишем. Ее проявлением считают выраженные соматовегетативные нарушения во время абстиненции. Для формирования физической зависимости требуется не менее года регулярного злоупотребления, а то и 2—3 года.

На II стадии наркомании меняется картина опьянения — гашиш начинает играть роль стимулятора [Пятницкая И. Н., 1975]. До курения вялые, пассивные, бездеятельные, проявляющие интерес только к тому, где бы достать гашиш, под его действием наркоманы становятся активными, собранными, общительными, насмешливыми. Подобный подъем длится от 1 до 2—3 ч. Затем возникает неодолимая потребность снова выкурить сигарету с гашишем. Курят теперь по нескольку раз в день, нередко в одиночку, даже тайком от других. В случае же вынужденного перерыва в курении на сутки и более развивается тяжелый абстинентный синдром, картина которого описана в предыдущем разделе.

Психопатизация считается неотъемлемой частью изменений на II стадии гашишной наркомании. Различают астенический, апатический и эксплозивный типы психопатизации [Дурандина А. И., 1968; Пятницкая И. Н., 1975]. Одновременно происходят соматические изменения — нарастает общее истощение. У молодых мужчин отмечена феминизация вследствие постоянно повышенной секреции эстрогенов и уменьшения содержания в крови тестостерона (Burstein и др. — цит. по Э. А. Бабаяну, 1988). Имеются также данные об угнетении иммунных реакций.

III стадия наркомании с апатическим или мориоподобным слабоумием у подростков не встречается, так как она наступает при многолетнем злоупотреблении гашишем.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ ПРИ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Эти психозы в 1934 г. были описаны Л. В. Анциферовым в виде маний и депрессий. M. Stringaris (1939) обратил внимание на то, что хронические психозы, вызванные длительным злоупотреблением марихуаны, представляют собой сочетание псевдопаралитического синдрома (дизартрия, атаксия, анизокория и др.) с симптомами, встречающимися при шизофрении (бред преследования и отношения, слуховые галлюцинации, а затем апатия и абулия). С тех пор связь между злоупотреблением препаратами, содержащими тетрагидроканнабиол, и шизофреноподобными психозами неоднократно подчеркивалась. Подобные психозы возникали, по данным катамнезов [Оганесян Н. В., 1987], у 15 % злоупотреблявших гашишем. Было высказано предположение (А. А. Абаскулиев, Д. К. Казиева — цит. по И. Н. Пятницкой, 1975), что тетрагидроканнабиол биологически сходен с гипотетическим эндогенным шизофреническим токсином. Однако в местностях, издавна считавшихся эндемами гашишизма, заболеваемость шизофренией не выше, чем в других регионах [Пятницкая И. Н., 1975]. По другим представлениям, гашиш и марихуана являются провокаторами шизофрении, и шизофреноподобные психозы возникают только у лиц с эндогенной предрасположенностью, а таковых в эндемах может быть не больше, чем в других местах. Если учесть, что в общей популяции распространенность шизофрении не превышает 1 %, то, очевидно, что 15 % заболевших психозами при хронической интоксикации гашишем свидетельствуют о высокой активности препаратов конопли в качестве провокаторов психозов с шизофреноподобной картиной.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Легкое субпсихотическое опьянение редко оказывается предметом наблюдения врача. Специальной медицинской помощи оно обычно не требует — вытрезвление вскоре наступает само собой. Его ускоряют обильные еда и питье, особенно сладкое. Еще более действенным оказывается внутривенное вливание 20 мл 40 % раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (учитывая возникающую в опьянении гипогликемию). При наступлении сонливости, чтобы избежать беспокойного сна с очень яркими сновидениями, можно использовать транк-

вилизаторы с седативными и миорелаксирующими свойствами
(нозепам, седуксен, феназепам).

Тяжелые психотические опьянения требуют купирования инъекциями нейролептиков. Можно попытаться ограничиться внутримышечным введением реланиума (седуксена) по 2—4 мл 0,5 % раствора. При выраженном двигательном возбуждении приходится прибегать к аминазину (2—4 мл 2,5 % раствора — также внутримышечно). При остром параноиде более показан галоперидол — сперва внутримышечно (начиная с 0,5 мл 0,5 % раствора, затем при надобности можно увеличить до 1—2 мл 3 раза в день), а при улучшении перейти на пероральный прием.

В случаях развития соматических осложнений применяются лечебные меры, описанные в гл. 6.

Абстинентный синдром, особенно тяжелый, служит показанием для проведения дезинтоксикации (см. гл. 6). При выраженной астении можно использовать адаптогены (элеутерококк и др.) и ноотропы (пирацетам, ноотропил). При депрессиях наиболее показан амитриптилин (по 25 мг 2—3 раза в день) или пиразидол (в тех же дозах); при дисфориях — карбамазепин (финлепсин) — по 0,2 2 раза в день. Однако тяжелые абстиненции у подростков обычно не встречаются.

Злоупотребление без зависимости лекарственного лечения не требует. Необходимо отделить подростка от компании, к которой он примкнул, и постараться приобщить к другой группе сверстников с более положительными установками. Задача врача состоит в том, чтобы наиболее убедительно для данного подростка разъяснить вред и опасность гашиша.

Гашишная наркомания, т. е., когда зависимость уже сформировалась, требует продолжительного (не менее месяца) лечения в стационаре, где можно строго контролировать поведение и предотвратить не только тайное курение гашиша, но и попытки злоупотреблять другими дурманящими средствами. Во внебольничных условиях это сделать чрезвычайно трудно. После купирования абстиненции продолжается общеукрепляющее лечение (не показаны только малые дозы инсулина в связи со склонностью к гипогликемии). Подавить влечение к гашишу пытаются [Коломеец А. А., 1987] с помощью сонапакса (меллерила, тиоридазина), неулептила и даже тизерцина (левомепромазина). Психотерапия оказывается более эффективной в тех случаях, когда мотивом наркотизации было стремление к релаксации вследствие неразрешенных личностных проблем.

Профилактика основывается, прежде всего, на государственных мерах: строгом контроле за использованием культивируемой конопли и уничтожением конопли дикорастущей, выявлением распространителей гашиша. Если обнаружено, что подросток курит гашиш, то тщательной проверке в этом отно-

шении должна быть подвергнута вся его компания [Адылов А. У., 1987].

Санитарное просвещение с разъяснением вреда и опасности гашиша оправдано в регионах, где злоупотребление этим наркотиком широко известно, поэтому информация о привлекательной стороне курения гашиша неминуемо циркулирует в подростковых компаниях. В местностях, где гашишизм представляет редкое явление, подобное санитарное просвещение, особенно с привлечением средств массовой информации, вряд ли оправдано. Наоборот, оно может среди неинформированных подростков пробудить нездоровый интерес к гашишу.

Предприняты попытки использовать психологические методы для выявления контингентов высокого риска злоупотребления гашишем среди подростков 14—18 лет. Так, с помощью интервью и метода незаконченных предложений установлено [Сирота Н. А., 1987], что для такого контингента характерны бессодержательные ответы, стремление избежать оценки окружающих, склонность к групповой зависимости, предпочтение многочисленных приятелей близкому другу. Все эти оценки вполне соответствуют неустойчивому типу акцентуации характера [Личко А. Е., 1977, 1983].

Глава 15. ОПИАТЫ

Злоупотребление препаратами опия и вызванные ими наркомании у взрослых неоднократно и подробно были описаны в руководствах и монографиях, вышедших в нашей стране [Стрельчук И. В., 1956; Бориневич В. В., 1963; Пятницкая И. Н., 1975; Морозов Г. В., Боголепов Н. Н., 1984; Бабаян Э. А., 1988]. В данной главе внимание сосредоточено на особенностях злоупотребления опиатами и формировании опийных наркоманий в подростковом возрасте.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В США И В ДРУГИХ ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ

До 50-х годов опийные наркомании встречались у взрослых. Затем в США вслед за распространением среди молодежи и подростков злоупотребления амфетамином появились случаи опийных наркоманий. В 60-х годах началась молодежно-подростковая эпидемия героиномании [Haastrup S., Jensen P., 1988]. Из США она перекинулась на Канаду, Англию, Швецию, Швейцарию, Францию, Австрию. Подростковая героиномания, так же как и злоупотребление марихуаной, совпала с возникновением движения «хиппи» и пассивными формами протеста

молодежи против образа жизни и духовных ценностей старшего поколения.

В США героин как лекарство был полностью изъят из употребления, но зато стал предметом «черного рынка». Возникла мафия, процветающая на наркобизнесе. Торговцы «черного рынка» стали подмешивать к героину для увеличения массы лактозу или хинин, которые по внешнему виду, а хинин и по горькому вкусу, сходны с героином. В Англии продолжает использоваться аптечный химически чистый героин, который сильнее подпольного американского приблизительно в 5 раз [Bewley T., 1969]. Но «черный рынок» берет свое и в Лондоне: на нем появился плохо очищенный «китайский» героин, поступающий из стран Азии.

Публиковавшиеся эпидемиологические данные об опийных наркоманиях обычно касались всего населения в целом, а не специально подростков. В 1976 г. в США героиноманией страдали около 2 млн. человек, т. е. почти 1 % населения [Бабаян Э. А., 1988]. Видимо, это был пик эпидемии героиномании, так как в 1982 г. сообщается уже только о полумиллионе, т. е. 0,2 %, хотя, по данным DSM-III-R (1987), в 1981—1983 гг. 0,7 % населения США «в какой-то момент жизни» пробовали героин. В европейских странах частота опийных наркоманий оставалась меньшей, чем в США: 0,1 % населения — в Швейцарии и в Италии, 0,05 % — в ФРГ [Avico U., 1982; Бабаян Э. А., 1988].

Было высказано предположение, что на каждого 1 зарегистрированного наркомана приходится 5—10 незарегистрированных [Коложи Б., 1988; Котляров А., 1989].

Сведения о подростках более скудны и обычно отражают результаты выборочных исследований. В Париже около 1 % подростков «пробовали» героин [Kandel D. et al., 1981]. В целом считается, что на подростков падает 24—27 % от общего числа опийных наркоманов [Boyd P., 1971; Dias C., Pólvora F., 1983]. В США героиномания среди подростков одно время приняла масштабы национального бедствия. Однако в 80-х годах наметилась тенденция к ее снижению — возможно, героин стал вытесняться кокаином.

О скорости нарастания эпидемии героиномании могут дать представление данные P. Boyd (1971): в 1960—1962 гг. в Англии среди подростков на всю страну было зарегистрировано всего по 1—2 случая героиномании, но с 1963 г. начался рост. В 1966 г. их уже было более 200, а в 1968 г.— более 700 случаев.

В Италии ежегодно среди 18-летних призывников у 10 тыс. моча проверялась на содержание опиатов. Оказалось, что в 1980 г. ими злоупотребляли 1,6 %, а в 1982 г.— уже 2,1 % [Avico U. et al., 1983].

Вслед за первыми сообщениями о злоупотреблении героином в среде «хиппи», было обращено внимание на еще большее значение компаний подростков по месту жительства или учебы. В США героин распространился среди подростков бедных кварталов крупных городов, особенно населенных неграми, мексиканцами и пуэрториканцами. Многие из подростков были из распавшихся или конфликтных семей, заброшенными или жестоко к ним относившимися с детства родителями. Таким подросткам свойственно низкое самоуважение [Gandossy R. et al., 1980]. В их семьях часто встречались алкоголики, так что алкоголизм в родительском поколении оборачивался наркоманией у потомства.

В качестве мотивации упоминались не только любопытство и желание испытать таинственные ощущения, но и стремление забыться от трудностей и невзгод и стать «своим» в компании сверстников, получить в ней эмоциональную поддержку [Baselga E., 1972].

Богатый лексикон сленга в отношении опиатов (особенно героина) свидетельствует не только о «моде» на них среди подростков и молодежи, но и склонности опиоманов к изоляции от общества и о том, что наркотик становится главным интересом их жизни.

Каждый из опиатов на английском сленге имеет свое название: опий-сырец — «оуп» (op, т. е. простое сокращение от «опиум»), «китайский табак» (Chinese tobacco), так как в прошлом его курили, а не вводили внутривенно; морфин — «мисс Эмма» (наркотики часто называют женскими именами по созвучию); «мечта» (dream), за способность вызывать яркие фантазии. Более слабый, чем морфин, кодеин прозван «школьником» (schoolboy), зато героин откровенно именуется «ядом» (poison), «большим эйч» (big H — сокращение от официнального названия), «парнем» (boy), а за его цвет — «белой леди» (white lady).

Высокоактивный героин белого цвета — «белое вещество» (white stuff), обычно получаемый из сырья, завозимого из Юго-Восточной Азии,— из «золотого треугольника» (Таиланд, Лаос, Бирма) или «золотого полумесяца» (Пакистан, Иран, Афганистан) — отличается от «коричневого вещества» (brown stuff) — менее активного героина из Мексики. Героин еще называют «разорителем» (harry). Чтобы его раздобыть, наркоман готов отдать все, что имеет, готов идти на кражи и другие преступления. Зато метадон довольно презрительно прозван «глупышкой» (dolly).

Все опиаты, но особенно героин, называют «телесным», «твердым», «тяжелым» наркотиком (body, hard, heavy drug), что отражает их свойство вызывать физическую зависимость, в отличие от марихуаны — «головного наркотика» (head drug), которая, по представлению наркоманов, способна обусловить только психическую зависимость. Подобное разделение наркотиков на «телесные» и «головные» более точно отражает особенности их действия, чем их официальная классификация Федерального агенства США по борьбе с наркоманиями. В этой систематике выделены класс А — сильные наркотики (например, героин); класс В — менее сильные наркотики (например, кодеин) и класс Х — лекарства, в которые наркотик входит в малой дозе в сочетании с другими ненаркотическими средствами (примером подобного в нашей стране мог бы послужить пенталгин).

На сленге четко разграничивается наркоманический стаж: «кадет» — только начинающий пробовать наркотики; «осколок» (chip) — употребляю-

щий их эпизодически; «попавшийся на крючок» (hooked) — дошедший до физической зависимости.

При внутривенном введении наркотика первоначальная короткая вегетативная реакция на сленге звучит как «приход» (come on, go up), «толчок» (jolt), «напор» (rush). Выражение «сидеть на иголках» (pins and needles) служит для определения чувства покалывания в теле в этот момент. Затем следует «подъем» (high), за ним «кайф» (keif, kef) — дословно «безделье», «ленивое довольство» и, наконец, «отход» (come down) — выход из состояния опийного опьянения. Особое состояние, напоминающее это опьянение, которое возникает, когда подросток появляется в привычной компании наркоманов еще до приема наркотика (очевидно, в силу условнорефлекторных механизмов), называют «контактным кайфом».

Целый ряд слов означает приемы и приспособления для введения наркотика. Весь набор, необходимый для внутривенного вливания, т. е. шприц, игла, металлическая ложка, лоскуток материи, иногда флакон с одеколоном (кожу им перед инъекцией протирают далеко не всегда), называют «экипировкой» (fit), «фабрикой», «артиллерией» и т. п., сам шприц — «машиной» (это же слово перешло в русский сленг), иглу — «гвоздем» (nail) или «острием» (pike), одноразовый шприц с иглой — «лошадью с повозкой» (horse and buggy). Металлическая ложка — «плита» (cooker) служит для того, чтобы на ней порошок наркотика, залитый водой, подогревали на огне, например, зажигалки, до растворения. В месте соединения иглы с шприцем подкладывают листок бумаги, чаще фильтровальной, или лоскуток гигроскопической ткани — «воротник» (collar), чтобы не пропала ни одна капля наркотического раствора. Эти бумажки и лоскутки сохраняют и в день, когда не раздобыть наркотика, вываривают.

После вливания вены массируют (to cream), чтобы в месте постоянных инъекций не возникали узелки («зерна» — corns). Для избежания следов инъекций, их делают даже в подъязычную область (to tongue). Вероятно, чтобы продлить эйфорию или чтобы ослабить неприятные ощущения во время «прихода», наркотик вводят в вену толчками, то втягивая обратно в шприц кровь, то снова вводя кровяную смесь в вену («выталкивают» — to boot).

Темные очки («тени» — shades) наркоманы носят постоянно, даже вечером в помещении, не столько из-за светобоязни, сколько, чтобы скрыть узкие, как точки, зрачки.

Нет нужды перечислять большое число сленговых слов, относящихся к черному рынку наркотиков в Америке и в Европе, но нельзя не обратить внимание на такие слова как «croaker» («губитель», дословно даже «умерщвитель») и «hanger croaker» («голодный губитель») — они относятся к врачам, подпольно торгующим рецептами на наркотики. Появление таких слов в сленге свидетельствует, что подобные преступления не являются редкостью.

Слово «йен» (yen, сокращенно от yearning) символизирует страстное, неодолимое желание очередной дозы наркотика. Трудно понять, почему абстиненция без использования каких-либо облегчающих ее средств получила прозвище «холодной индейки» (cold turkey). Чаще наркоманы нарочито поступают в лечебницу, чтобы без мучения перенести абстиненцию («высохнуть» — to dry out), пройти курс лечения метадоном, снизить толерантность и, выписавшись, приняться за прежнее. Они предвкушают «медовый месяц» (honey month) — период возвращения к первоначальной дозе, когда еще не начала расти толерантность. Для ускорения выписки искусственно разыгрывают выздоровление (talk and walk — «заболтать и провести»). Излечение (the cure) на сленге звучит только иронически. Не менее насмешливо отношение к групповой психотерапии — «игре Синанона» (Synanon game), по имени лечебницы для наркоманов, где эта психотерапия широко практиковалась. Того, кто действительно прекратил прием наркотиков, называют не излеченным, а «отмытым» (washed up).

РАСПРОСТРАНЕНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В СССР

Злоупотребление препаратами опия среди подростков в нашей стране началось в конце 60-х годов. Но впервые в открытой печати об этом было сообщено лишь в середине 70-х годов [Личко А. Е., 1976, 1977]. Сразу было обращено внимание на то, что подростки предпочитают вводить наркотик внутривенно для того, чтобы от наименьшего его количества получить быстрый и наиболее сильный «кайф». Г. В. Морозов и Н. Н. Боголепов (1984) указывали, что внутривенные вливания у подростков встречаются на II стадии наркомании. По нашим наблюдениям, с них даже может начинаться наркотизация, если к ним прибегает компания подростков.

До второй мировой войны морфий и пантопон в качестве обезболивающих средств, как правило, применяли подкожно. Тем же путем впрыскивали их себе и взрослые наркоманы. Во время войны в госпиталях эти препараты стали широко вводить внутривенно — для борьбы с травматическим шоком и в качестве премедикации перед наркозом. Быть может, это в дальнейшем подтолкнуло к внутривенным вливаниям наркоманов.

Подросткам всегда было труднее, чем взрослым, добывать ампулированные аптечные препараты (морфин, омнопон, промедол). В конце 60-х и в начале 70-х годов для вливаний больше всего использовались растворы, самими подростками приготовляемые из таблеток, содержащих кодеин (пенталгин, седальгин, различные таблетки от кашля). До конца 50-х годов их можно было купить в аптеках даже без рецепта, но еще долго контроль за их продажей был не слишком строгим.

Во второй половине 70-х годов злоупотребление препаратами опия среди подростков в нашей стране пошло на спад. Несомненно, сыграли свою роль введенные более строгие меры контроля за расходованием всех аптечных препаратов, содержащих опиаты, и более суровое преследование изготовления и продажи наркотиков как уголовных преступлений. В те годы возраст большинства опийных наркоманов отчетливо сместился к 20—30 годам. До середины 80-х годов опийные наркомании преимущественно встречались среди взрослых, в особенности молодежи 25—30 лет. Но начиная с 1985 г., когда быстро была развернута весьма энергичная, но недостаточно продуманная борьба с алкоголизмом и пьянством, вновь начался рост наркоманий среди подростков.

Вскоре было объявлено, что в стране зарегистрировано 46 тыс. наркоманов, из которых 14 тыс. — подростки, т. е. на данный возраст приходилось около 30 % [Иллеш А., 1987]. В тот же год злоупотребляющих наркотиками, но не проходивших лечения и при медицинском обследовании не обнаружив-

ших признаков зависимости было зарегистрировано милицией 123 тыс. В 1989 г. сообщено уже о 70 тыс. зарегистрированных наркоманов [Котляров А., 1989], т. е. за 2—3 года их число возросло в $1^1/_2$ раза. Хотя доля подростков не была сообщена, но вряд ли она уменьшилась. Так, при обследовании 600 учащихся профессионально-технических училищ в одном из городов Донбасса [Щербина Е. А., 1987] было обнаружено, что около 5% из них неоднократно пробовали препараты опия, а около 1% прибегали к ним регулярно.

Изменился также сам характер препаратов опия, используемых наркоманами. Аптечного героина в нашей стране нет, но в последние годы появились сведения о кустарном изготовлении его в подпольных лабораториях, правда, пока в незначительном количестве. Но еще в 1985 г. сведений об употреблении героина не было [Бабаян Э. А., 1988]. Ампулированные препараты опия и растворы, приготовляемые из таблеток, его содержащих, отошли на задний план. Подросткам они не по средствам. Если ампула морфина на «черном рынке» в 1972 г., по нашим сведениям, стоила 2 р., то к 1987 г. ее цена возросла до 7—8 р. [Абадовский А. В., 1987], а в 1989 г.— даже до 10—20 р. Зам. Начальника Главного управления уголовного розыска МВД СССР А. Котляров посчитал этот рост цен доказательством исключительной эффективности предпринятых мер борьбы с наркоманиями. Но нельзя забывать, что рост цен зависит также от роста спроса и от инфляции, к которой «черный рынок» особенно чувствителен.

Наиболее употребительным, особенно среди подростков, стали кустарным образом приготовляемые препараты опия. Сырьем для их изготовления служат не только богатый опием снотворный мак Papaver somniferum, но и гораздо более им бедные разновидности мака — масляничный и даже садовый декоративный. Млечный со́к из надрезов головок еще незрелого мака собирают ватками, их кипятят в воде, отвар выпаривают и вводят внутривенно. Другим источником сырья стала маковая соломка — высушенные и измельченные стебли и головки мака. Соломку варят и едят в виде кашицы (например, с молоком) или с помощью органических растворителей экстрагируют из нее опий для внутривенных вливаний. По данным И. Н. Пятницкой (1975), в некоторых регионах страны к маковой соломке стали прибегать еще в начале 70-х годов.

Неблагополучными регионами являются не только Средняя Азия, Казахстан, Северный Кавказ, юг Украины и Дальний Восток, т. е. места, где растет мак [Иллеш А., 1987; Котляров А., 1989], но и крупные города и порты с интенсивной миграцией населения.

Русский сленг, которым пользуются подростки, злоупотребляющие опиатами, менее богат, чем английский, но тем не ме-

нее достаточно разнообразен. Опий называют «опиухой» и «турьяком»; морфин — «марфой», «марией», «марьянкой» (та же тенденция давать женские имена, что и в английском сленге); кодеин — «кодой» — все эти названия даются примитивно, в основном по созвучию с подлинным наименованием. Внешний вид препарата отражают такие слова, как «колеса» — таблетки, независимо от их содержания; «стекло» — ампулированные препараты; «сенцо» — маковая соломка. С английского заимствованы «машина» — шприц, «кайф» — эйфория. «Ломка» — название абстиненции — отражает наиболее тягостный симптом — ломящие боли в мышцах.

Используются такие слова, как «куб» — 1 мл раствора; «ширево» — все опиаты, вводимые внутривенно; «шмыгаться», «кинуть» — вводить наркотик в вену; «приход» — вегетативная реакция тотчас же за внутривенным введением препарата; «торчать» — испытывать эйфорию; «сесть на иглу» — пристраститься к внутривенным вливаниям; «сесть на хвост» — привязаться к другому наркоману, чтобы тот бесплатно делился наркотиком.

В постоянной группе наркоманов каждому из ее членов отведена своя роль: «пахан» (слово заимствовано из криминального лексикона) — главарь, властелин группы, обычно с уголовным прошлым; «учитель» — опытный наркоман, обучающий самодельному приготовлению препаратов и пользованию ими; «шустрила» — наиболее активный по добыче наркотиков член группы [Тарас А. Е., 1987]; «гонец» — переносчик раздобытых наркотиков; «кролик» — самый зависимый член группы, всем задолжавший и всем угождающий — служит для того, чтобы ему первому вводили кустарно приготовленный препарат для оценки его силы, а другие члены группы могли затем ориентироваться в дозах.

ОПИЙНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Для подростков наиболее характерным остается внутривенное вливание препаратов опия. При этом начальная стадия опьянения весьма зависит от того, какой препарат вводится.

Чистый аптечный героин почти не вызывает побочных вегетативных нарушений [DSM-III-R, 1987], а, возможно, стремительно возникающая эйфория маскирует часть из них. Эйфория остается выраженной до получаса. Она отличается необычной силой («необыкновенная радость», «кажется, что так будет вечно»). Из-за нее пристрастие к героину развивается очень быстро. Известно, что в США торговцы героином на «черном рынке» первые порции его давали подросткам бесплатно, зная, что многие из них придут покупать последующие и быстро

пристрастятся. Вслед за интенсивной эйфорией следует уже обычное опийное опьянение, как при других препаратах.

Ампулированный морфин, омнопон (пантопон), промедол при внутривенном вливании вызывают довольно выраженную первоначальную вегетативную реакцию («приход»). Кажется, что по телу снизу вверх проходит теплая волна. Лицо и шея краснеют. Возникает ощущение покалывания иголками кожи туловища и конечностей. Зудит кожа на лице и особенно чешется кончик носа. Резко суживаются зрачки, пульс делается редким. Во рту сохнет. Вслед за этим наступает эйфория — не такая сильная, как при героине («прозрение», «легкость»).

Растворы из таблеток, содержащих кодеин, вызывали более тягостный «приход». Вслед за вливанием и «горячей волной» лицо, шея, даже грудь не только краснели, но даже отекали. Возникало чувство дурноты, случались обмороки. Зуд был более сильным и продолжительным.

Самодельные препараты из млечного сока маковых головок или экстрагированные из маковой соломки и вводимые внутривенно, становятся причиной таких же неприятных, а нередко еще более тяжелых вегетативных нарушений. В США описаны даже случаи моментальной смерти от вливания героина, к которому был примешан хинин.

Т и п и ч н о е о п и й н о е о п ь я н е н и е («кайф», «таска», «волокуша») развивается, когда прошло 10—15 мин после внутривенного вливания, через 20—30 мин после подкожных инъекций или при пероральном употреблении опийных препаратов, но довольно быстро при курении опия. Последние способы (кроме поедания маковой соломки) подростками не используются.

Длительность опьянения — от 2 до 6 ч в зависимости от дозы и особенно от использованного препарата. Чем более химически чистым является препарат, тем его действие сильнее, но тем оно и короче.

Во время опьянения подростки малоподвижны, нередко ищут покоя и уединения. Их охватывает ощущение ленивого довольства, полнейшего телесного и душевного комфорта. Компания в этом состоянии не нужна. Наколовшись, расходятся или отделяются друг от друга, чтобы одному вкусить всю сладость переживаний. Нарушители этого довольства и покоя, все, кто пристают и надоедают, вызывают крайнее раздражение, а то и агрессию. «Сломать кайф» в компании наркоманов считается тяжким проступком.

Грезоподобные фантазии сопровождают ленивое довольство. Более всего представляются сцены исполнения желаний, заново переживаются счастливые минуты прошлого. Возможна определенная визуализация представлений («что захочу, то и увижу»), но она не достигает такой яркости, как при действии

ингалянтов. Сознание остается непомраченным, ориентировка в окружающем сохраняется. Только при передозировке развиваются оглушение, сопор и даже кома. Иногда отмечают не только визуализацию фантазий, но и способность «услышать любимую музыку».

Узкие, как точки, зрачки, не расширяющиеся в темноте, небольшое снижение артериального давления, заметное уменьшение болевой чувствительности являются довольно постоянными вегетативными симптомами опьянения. Пульс редкий, кожа сухая и бледная. Содержание сахара в крови обычно повышено (отличие от интоксикации гашишем).

Способность в случае надобности диссимулировать опьянение бывает хорошо выражена даже у подростков. Лишь узкие зрачки невозможно скрыть. Знающие об этом подростки пытаются их замаскировать темными очками. Опытные взрослые наркоманы даже прибегают к закапыванию в глаза атропина.

Последействие по миновании опийного опьянения проявляется астенией, вялостью, сонливостью. Но сон обычно поверхностный и непродолжительный. Ощущается также тяжесть в теле, особенно в конечностях. Иногда бывают головная боль и дурное самочувствие. Продолжительность последействия — 2—4 ч.

АТИПИЧНЫЕ КАРТИНЫ ОПИЙНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Передозировка случается у подростков чаще всего, когда внутривенно вводится самодельный препарат, активность которого оказывается неожиданно очень высокой. Более редкая причина — возобновление наркотизации после перенесенного абстинентного синдрома, если подросток не знал, что после него толерантность падает, и ввел себе дозу, соответствующую прежней возросшей толерантности. Но опытные наркоманы знают о подобном падении толерантности и даже специально для этого переносят абстинентный синдром («омолаживаются»).

Развитие психозов для отравления опием не свойственно. При передозировке быстро нарастают сонливость и оглушение. Речь делается смазанной. Затем ответы на обращение становится получить все труднее. Приходится повторять вопросы, окликать громким голосом. Сопор отличается от оглушения тем, что во время него не удается получить ни ответов, ни выполнения указаний, даже самых элементарных (открыть глаза, дать руку, показать язык). Сохранной остается только мимическая или голосовая (стоном) реакция на оклик по имени.

Во время комы сознание полностью утрачивается. Никакой реакции на оклик получить не удается. Внешний вид глубоко

спящего. Зрачки очень узкие, на свет не реагируют, в темноте не расширяются. Но когда вследствие нарушения дыхания наступает асфиксия и бледность сменяется синюшностью, то зрачки расширяются, хотя на свет по-прежнему не реагируют. При углублении комы исчезает корнеальный рефлекс — прикосновение к роговице не вызывает смыкания глазных век. Пульс редкий (при асфиксии учащается). Тонус мышц низкий, но при асфиксии могут возникать судороги типа децебрационной ригидности — вытягиваются конечности, запрокидывается голова.

Главной опасностью для жизни является нарушение дыхания — оно становится периодическим (2—3 глубоких вздоха сменяются задержками) или стерторозным — затрудненным, храпящим. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

Дисфория вместо эйфории и душевного комфорта описана в некоторых случаях при первых внутривенных вливаниях героина и других опиатов [DSM-III-R, 1987]. Возможно, она была обусловлена примесью к героину других веществ (вроде хинина), так как в Англии, где наркоманами в основном использовался аптечный чистый героин, подобных дисфорий описано не было.

Развитие психозов после злоупотребления препаратом опия у подростков представляет собой казуистическую редкость. Речь обычно идет о начале шизофренического приступа, причем не всегда ясно, послужило ли провокацией само действие препарата опия или психогенный фактор — возникающие при его действии необычные ощущения и переживания и обстановка наркотизации.

Примером может послужить следующий наблюдавшийся нами случай.

Юноше 17 лет в 1970 г. в компании сверстников впервые внутривенно был введен раствор, приготовленный из таблеток, содержавших кодеин. После этого он сразу почувствовал сильный зуд в волосистой части головы и на лобке. «Понял», что завшивел, так как до этого надевал шапку приятеля. Сам насекомых на теле не видел, была только «мысль об этом». Считал, что из-за этого возникла тревога, и «кайфа», как другие, не испытал. Затем решил, что с шапкой приятеля ему также передались его мысли. Стало казаться, что теперь его мысли все знают, подозревают его в том, что он — гомосексуалист. Почувствовал, что ноги у него искривились, а рост уменьшился на 8 см. Приятели по компании делали ему «намеки», что он — «не жилец на свете», болен сифилисом, предлагали ему уколы для лечения. Ушел от них домой. Дома почувствовал, что в правом ухе (в детстве перенес правосторонний гнойный отит) стал слышаться голос молодой соседки, которая делала ему неприличные предложения и называла онанистом. Рассказал о своих переживаниях матери и на следующий день ею был помещен в подростковое отделение психиатрической больницы. В последующие дни — картина развернутого острого параноидного синдрома. После лечения галоперидолом наступила неполная ремиссия. По данным катамнеза, в последующие 8 лет перенес еще 4 психотических приступа с картиной синдрома Кандинского — Клерамбо, каждый из которых длился от нескольких дней до нескольких месяцев. Вне приступов постепенно нарастал эмоционально-

волевой дефект. Пассивно подчинялся матери, по ее настоянию работал в мастерской для инвалидов. В свободное время сидел дома без дела, ни к чему интереса не проявлял.

ОСОБЕННОСТИ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

СТЕРТАЯ АБСТИНЕНЦИЯ НА I СТАДИИ НАРКОМАНИИ

I стадия в подростковом возрасте встречается чаще, чем II [Личко А. Е., 1977]. Ее основным симптомом является психическая зависимость, поэтому абстиненция на этой стадии проявляется, прежде всего, неудержимым влечением к наркотику. Она возникает сразу же, как только была пропущена очередная инъекция. Устремляются на поиски наркотика, готовы раздобыть его любым путем, однако серьезных правонарушений еще избегают, если только ранее уже не были к ним склонны.

Когда на протяжении суток получить наркотик не удается, то развивается депрессивно-дисфорическое состояние. Аффективные нарушения во время абстиненции особенно выражены в подростковом возрасте. Подростки напряжены, озлоблены, склонны к бурным аффективным вспышкам по малейшему поводу и без видимой причины. Возникает необычное для данного подростка «истерическое поведение со страхом и паникой» [Boyd P., 1971], но чаще с рыданиями, заламыванием рук, угрозами покончить с собой или демонстративными суицидными попытками. Все это служит для того, чтобы добиться от близких денег, которые будут истрачены на наркотик. Депрессия проявляется чувством безнадежности, утратой жизненной перспективы, все видится в мрачных красках. Характерна бессонница, аппетит резко снижен, но через неделю может оказаться повышенным до прожорливости. Нередко у курильщиков возникает отвращение к курению.

Вегетативные симптомы абстиненции выражены слабо. Можно наблюдать расширение зрачков, умеренную тахикардию, небольшое повышение артериального давления. Иногда возникают также симптомы, напоминающие острое респираторное заболевание (ОРЗ) — насморк, покраснение глазных яблок, слезотечение, легкое познабливание.

Однако выраженные вегетативные симптомы абстиненции уже на I стадии можно спровоцировать инъекцией антагонистов морфина. В США для этого используют налоксон. В нашей стране разрешен к употреблению сходный с ним налорфин. После введения 1—2 мл 0,5 % раствора этого препарата внутривенно при наличии зависимости от опиоидов сразу сильно расширяются зрачки, чего не бывает у тех, кто не злоупотребляет наркотиками опийной группы. В западных странах подоб-

ный тест широко используется как прием для диагностики опийных наркоманий.

Если подростки знают, что наркомания у них распознана, то они нередко обнаруживают склонность к аггравации симптомов абстиненции и даже к стимуляции некоторых вегетативных расстройств, например неукротимой рвоты [Boyd P., 1971]. Зная, что одним из самых тягостных симптомов абстиненции являются мышечные боли, подростки начинают громко жаловаться на них, наглядно демонстрируя, как их «ломает». Следует заметить, что сильные мышечные боли обычно возникают при абстиненции на II стадии наркомании, на фоне выраженных вегетативных нарушений.

Целью симуляции и аггравации у подростков в западных странах была надежда получить от врача небольшую дозу наркотика (там, где лишение наркотика проводилось постепенно, например, в Англии) или метадон (например, в США). В нашей стране подростки хорошо осведомлены, что в больнице никакого наркотика им не дадут. Аггравация служит для того, чтобы назначали побольше различных лекарств — не столько, чтобы ослабить тягостные проявления абстиненции, сколько, чтобы испытать их действие, тайком накопить и принять сразу большую дозу и попытаться найти среди них что-нибудь напоминающее наркотик.

Если же подростки полагают, что наркомания у них не распознана, то они, наоборот, склонны диссимулировать явления абстиненции. Жалоб не предъявляют. Нерезко выраженные вегетативные нарушения стараются скрыть или приписывают какому-либо преходящему соматическому заболеванию, «простуде». Здесь преследуется цель возможно скорее быть выписанным из больницы, чтобы вернуться к наркотизации.

Продолжительность абстиненции на I стадии наркомании составляет несколько дней.

Затем вегетативные нарушения полностью сглаживаются, сон и аппетит восстанавливаются, аффективные вспышки исчезают. Но влечение к наркотику сохраняется долго — оно довольно постоянно выражено в течение 2—3 мес.

Одним из признаков сохраняющегося влечения могут служить сновидения. Подростку снятся ситуации, когда он собирается сделать себе вливание наркотика, но ему всегда что-то мешает и он его сделать не может. Подобные сновидения обычно скрывают от врача, будучи осведомленными, что они свидетельствуют о сохранившемся влечении.

На протяжении последующих месяцев возможны внезапные обострения заглохнувшего было влечения к наркотику. Это может случиться, когда подросток снова окажется в компании наркоманов. Дело здесь не только в соблазне, даже в понуждении с их стороны, но и в действии условно-рефлекторных меха-

низмов. Эти механизмы лежат в основе феномена, получившего название «контактный кайф» (см. стр. 245).

Другими причинами обострения влечения могут быть стрессовая ситуация, невзгоды и неприятности, вызывающие потребность релаксации — желание забыться, уйти от трудностей, кажущихся непреодолимыми, и от переживаний, воспринимаемых как невыносимые.

Соматические заболевания как провокаторы влечения на I стадии наркомании менее значимы.

ВЫРАЖЕННАЯ АБСТИНЕНЦИЯ НА II СТАДИИ НАРКОМАНИИ

Неодолимое влечение к наркотику вспыхивает через 6—8 ч с момента последнего его введения. Вскоре за этим начинаются вегетативные нарушения. У подростков эти нарушения выражены достаточно ярко в отличие от мышечных болей, которые бывают более умеренными, чем у взрослых [Найденова Н. Г., Найденов О. Ф., 1981].

Очень сильны аффективные реакции — то дисфорические со злобностью и агрессивностью в отношении окружающих, то истерические с демонстративной аутоагрессией.

Строгую фазность развития абстинентного синдрома у взрослых, описанную И. Н. Пятницкой (1975), в подростковом возрасте проследить труднее. Среди выраженных вегетативных нарушений можно отметить широкие зрачки, тахикардию, слезотечение, иногда обильное слюноотделение. Слизистая носа набухает («гнусавый голос»), из носу обильные выделения. Характерно упорное чихание. Часто появляются жалобы на боли в области сердца, точнее в области сердечного толчка, но иногда и на сжимающие боли за грудиной.

Позднее, чаще уже на 2-е сутки, начинается чередование ознобов с гусиной кожей и проливных потов. Появляются боли в мышцах рук, ног и шеи, судорожные сведения икроножных мышц, чувство онемения в конечностях (будто отсидел ногу, отлежал руку). К ним присоединяются схваткообразные боли в животе (спазмы в кишечнике), иногда — рвота, понос с тенезмами.

Самыми тяжелыми бывают 2—4-е сутки. Затем на протяжении 1—$1\frac{1}{2}$ нед явления абстиненции сглаживаются даже без лечения. Дольше других могут удерживаться субфебрилитет, небольшое повышение артериального давления, заметная потеря в массе тела (уже до этого исхудавшие, за период абстиненции теряют несколько килограммов). Около 2 нед сохраняется отвращение к курению (симптом В. А. Горового-Шалтана). Но через $1\frac{1}{2}$—2 нед аппетит не только восстанавливается, но и появляется прожорливость, а за ней и желание курить.

Сниженное настроение и особенно сильное влечение к наркотику могут удерживаться на протяжении нескольких месяцев. Лексингтонгская лечебница в США, широко практиковавшая лечение метадоном, считала необходимой госпитализацию в течение полугода.

Во время абстиненции у взрослых наркоманов нередко встречается обострение хронических соматических заболеваний. Наиболее чувствительна сердечно-сосудистая система. Описаны, хотя и редкие, случаи смерти во время абстиненции от инфарктов миокарда и острой сердечной слабости [DSM-III-R, 1987]. Сообщений о подобных случаях у подростков не было. Все же при наличии сопутствующих органических заболеваний сердца у подростков во время абстиненции также следует соблюдать осторожность — целесообразно отказаться от одномоментного лишения наркотика и прибегнуть к постепенному уменьшению его дозы на протяжении 7—10 дней в сочетании с сердечными. При этом надо учитывать, что наркоманы в подобной ситуации, как правило, значительно завышают дозу наркотика, которую регулярно использовали в последнее время. Рекомендуется начать с половины названной им дозы и ежедневно уменьшать наполовину.

Отмечена определенная закономерность динамики абстиненции в зависимости от использованных наркотиков [DSM-III-R, 1987]. Высокоактивные синтетические и полусинтетические препараты отличаются тем, что абстиненция развивается быстро вслед за перерывом в наркотизации, протекает тяжело, но зато относительно коротка (в отношении бурных ее проявлений). Более слабо и медленно действующие наркотики, например кодеин, при пероральном приеме обусловливают более медленное развитие абстиненции, менее тяжелые ее проявления, но зато течение ее более продолжительно. Абстиненция при длительном употреблении метадона начинается только через 2—3 сут после перерыва, но зато затягивается до 3 нед.

ПСЕВДОАБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Псевдоабстинентный синдром служит частой причиной рецидива наркомании. Впервые под названием «повторной абстиненции» он был описан еще в XIX в. (Р. Брукарт — цит. по И. Н. Пятницкой, 1975).

На I стадии наркомании у подростков аналогом псевдоабстинентного синдрома служит внезапное сильное обострение влечения к наркотику во время ремиссии — после нескольких недель или месяцев воздержания. Как указывалось ранее, наиболее частой причиной такого обострения влечения, уже было заглохшего, бывает ситуация, когда подросток оказывается в компании наркотизирующихся. Другой причиной служат пси-

хогенные стрессы с потребностью релаксации и желанием «забыться».

На II стадии наркомании, во время ремиссии, длившейся недели, месяцы и даже более года, может внезапно развиться картина абстинентного синдрома с его вегетативными симптомами, правда, не столь резко выраженными, как при истинной абстиненции. Подобный псевдоабстинентный синдром развивается под влиянием психогенных стрессов, но также и при острых соматических заболеваниях. Особенно частым провокатором служит грипп [Панюшкина Н. П., Рыжков К. В., 1987]. Однако псевдоабстиненция может возникнуть и в обстановке наркотизации других наркоманов и даже при виде шприца [Стрельчук И. В., 1956].

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ОПИАТАМИ И ОПИЙНЫЕ НАРКОМАНИИ

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЗ ЗАВИСИМОСТИ

Начало злоупотребления опиатами в настоящее время больше падает на молодой возраст, а не на подростковый. К опиатам начинают приобщаться после 18 лет. Подростки принимаются за внутривенные вливания препаратов опия не сразу, а обычно после периода «первичного поискового наркотизма» [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1987], перепробовав на себе действие различных токсических веществ, не требующих особых навыков для их употребления (пероральное, ингаляционное введение в организм). Впервые в жизни испробовав в компании наркотизирующихся сверстников и более старших и опытных наркоманов эффект от внутривенного вливания какого-либо препарата опия, чаще всего самодельного, подросток либо отказывается от повторных вливаний, либо данный способ наркотизации становится для него предпочтительным. Повторные пробы относительно редки. По данным D. Ladewig (1972), среди тех подростков, кто однажды испытал на себе внутривенное вливание препаратов опия, 42 % становятся наркоманами. Очень сходная частота риска при сопоставлении числа злоупотреблявших без зависимости и тех, у кого уже в подростковом возрасте сформировалась опийная наркомания — 44 % — была установлена в ином регионе почти через 20 лет [Битенский В. С. и др., 1989]. Иногда 2—3 вливаний бывает достаточно, чтобы возникло «ситуационное влечение» [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1987] — желание сделать себе вливание появляется тотчас, как только подросток встречает наркотизирующихся приятелей, или в обстановке, где осуществлялось вливание. Подобный феномен, предшествующий формированию раннего алкоголизма, наркоманий и токсикоманий у подростков, был описан под названием

«групповой психической зависимости» [Строгонов Ю. А., Капа-
надзе В. Г., 1978, 1979]. Постоянное влечение к наркотику в этот
период еще отсутствует — индивидуальная психическая зависи-
мость [Личко А. Е., 1985] еще не сформировалась.

С самого начала подростковой эпидемии опийных наркома-
ний было обращено внимание на роль в ней «групповой актив-
ности» [Boyd P., 1970]. До 90 % подростков начали вливание
препаратов опия в группе сверстников [Личко А. Е., 1977].

В качестве мотивов злоупотребления опиатами приводились те же, что и в отношении других наркотиков и дурманящих веществ: желание «не отстать от своей компании» [Личко А. Е., 1977] — внутригрупповой конформизм, поиск необычных ощущений и переживаний, желание «потреблять счастье, как товар» [Фромм Э., 1986], протест в отношении духовных ценностей старшего поколения [Robbins E. et al., 1970], утрата жизненных перспектив, безнадежность в отношении осуществления планов на будущее [Avico U. et al., 1982]. В последние годы в США как один из частых мотивов, приводимых подростками, стала называться «скука» [Hodgson H., 1986]. На нее жалуются, несмотря на обилие разнообразных развлечений, общедоступность дискотек, широкие возможности заниматься спортом или отдаться какому-либо хобби, огромный поток развлекающей информации по массовым каналам и т. п. Вероятно, избыток развлечений порождает пресыщенность ими.

В отношении мотивации злоупотребления препаратами опия у подростков могут быть отмечены некоторые особенности вследствие того, что к этим препаратам они прибегают после испытания на себе действия других дурманящих веществ.

Опрос подростков, который проводился среди поступивших в наркологический стационар по поводу злоупотребления опиатами, когда с ними был установлен неформальный контакт, показал, что у половины в качестве мотивировки звучала реакция группирования со сверстниками (подчинение влиянию друзей, нежелание отстать от компании, стремление вместе развлечься и т. п.). У другой половины мотивировка адресовалась к самому
себе: желание «снять напряжение», успокоиться, «испытать
кайф» и т. п. Мотивировка, как известно, далеко не всегда пра-
вильно отражает истинную мотивацию и даже может намеренно
(или ненамеренно) ее искажать. Тем не менее во всех случаях
она представляет определенный интерес, особенно в профилак-
тических целях, если сведения о ней дополняются объективными
данными о психологических факторах, связанных с наркотиза-
цией. Интересно, что на недоступность алкоголя как на причину
наркотизации указали лишь 10 % подростков [Чебураков С. Ю.,
1989].

Выяснение роли реакции группирования показало [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989], что формальные группы не

привлекательны для тех подростков, которые начинают наркотизироваться. Зато еще до наркотизации они легко примыкают к неформальным группировкам, особенно подражающим модным молодежным течениям в западных странах («панки», «хиппи», «металлисты», «попперы» и др.). Если подобная неформальная группа начинала употреблять опийные препараты, то она скоро утрачивала свои отличительные черты. Мотивами сохранения группы становились поиск-наркотика и его совместное употребление.

Предполагается, что некоторые из неформальных групп оказываются особенно «наркофильными» [Шеин С. А., Чугунова Т. Л., 1987]. В таких группах господствует установка на немедленное удовлетворение желаний, бегство от трудностей, стремление во всем переложить ответственность на других. Наоборот, можно допустить, что некоторые из неформальных подростковых групп можно было бы назвать «наркофобными», так как их основная деятельность несовместима с наркотизацией (брейкеры, рокеры) или наркотики отвергаются по идейным мотивам (культуристы, неонацисты).

Главную роль в приобщении подростков к опиатам играют делинквентные и криминальные группы, которые объединяет антисоциальная деятельность, а также группы наркоманов, где добывание наркотиков или средств на них, употребление, а часто также изготовление и торговля ими являются единственным, что сплачивает группу. В. С. Битенский и Б. Г. Херсонский (1989) выделили «первичные наркоманические группы», где совместное употребление наркотиков эти группы и создало, и «вторичные наркоманические группы», сперва образовавшиеся по другим мотивам (например, приверженность какой-либо спортивной команде или эстрадному ансамблю — «фанаты» или «фенсы»), а затем начавшие совместное употребление наркотиков, и уже новая страсть стала объединяющим фактором. Вторичные группы могут возникать также из самих спортивных команд, любительских музыкальных кружков, компаний по месту учебы или по месту жительства.

Среди социально-психологических факторов, способствующих наркотизации или повышающих ее риск, отмечено пренебрежение со стороны семьи гораздо больше, чем семейная гиперпротекция [Морозов Г. В., Боголепов Н. Н., 1984], а также отсутствие социальных интересов, стремление к чрезмерному самоутверждению и склонность к делинквентности [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989].

Воспитательской гипопротекции может способствовать неполная семья. Но она сама по себе не создает повышенного риска [Boyd P., 1971].

Тип акцентуации характера у подростка также является в определенной степени фактором, влияющим на риск злоупот-

ребления опиатами, скорее даже определяет степень резистентности в отношении неблагоприятного влияния окружения в этом отношении. Наиболее высока устойчивость у сенситивного и психастенического типов. Наименьшей толерантностью отличается неустойчивый тип, на втором месте — истероидный и гипертимный [Александров А. А., 1975; Личко А. Е., 1977]. Высказано суждение, однако, что со времени введения строгих законов в отношении наркотиков доля неустойчивых среди злоупотребляющих ими уменьшилась в сравнении с началом 70-х годов [Егоров В. В., Седых С. Н., 1988], что связано со свойственной этому типу трусливостью. Зато обнаружена тенденция к увеличению доли эпилептоидов.

По интенсивности злоупотребления без зависимости принято разделять единичные или редкие эпизодические случаи от многократного злоупотребления. По нашим наблюдениям, подростки, решившиеся на внутривенное вливание, либо сразу же отказываются от повторения их, либо постепенно втягиваются и становятся наркоманами. Н. В. Оганесян (1987) нашел, что, наоборот, подростки довольно долго ограничиваются эпизодическим злоупотреблением.

Судить о частоте злоупотребления обычно приходится со слов самого подростка. Сведения эти часто весьма ненадежны. При массовых обследованиях, особенно анонимных, прибегают к особому приему — задается вопрос, когда последний раз употреблял наркотик — на прошлой неделе, в течение прошлого месяца, полугода и т. д. Соотношение недавно злоупотреблявших и тех, кто испробовал действие наркотика давно, служит косвенным показателем соотношения злоупотреблявших многократно или эпизодически [Hodgson H., 1986].

I СТАДИЯ НАРКОМАНИИ

Взрослые наркоманы на I стадии относительно редко попадают в поле зрения нарколога — в этот период еще сохраняется способность скрывать злоупотребление наркотиками. Среди проходивших судебно-психиатрическую экспертизу по поводу опийной наркомании лишь у 14 %, диагностирована I стадия, в то время как II стадия определена у 78 % [Морозов Г. В., Боголепов Н. Н., 1984].

Подросткам гораздо труднее скрыть регулярное злоупотребление, особенно, если они начали внутривенные вливания. За их поведением пристальнее наблюдают взрослые — и близкие, и посторонние, их чаще и больше контролируют и, главное, у них еще не выработаны навыки, как скрывать опийное опьянение и тяготение к наркотику. Именно поэтому, по нашим данным [Личко А. Е., 1977], у госпитализированных подростков I стадии была диагностирована вдвое чаще, чем II.

Основным симптомом I стадии является индивидуальная психическая зависимость, проявляющаяся в желании регулярно вводить наркотик. Наркотизация становится центральным интересом в жизни. Стараются не оторваться от наркотизирующейся компании. При разрыве связи с ней устремляются на поиск аналогичной или стараются самостоятельно раздобыть наркотик. К этому времени обычно научаются сами себе делать внутривенные вливания. Приобретается также умение приготовлять опийные препараты кустарным способом. Если представляется возможность приобретать наркотик на «черном рынке», то начинают дома воровать деньги и ценные вещи, но краж и воровства вне дома, а тем более грабежа, еще стараются избегать, если только подобные криминалы не совершались еще до наркотизации.

Соматические изменения на I стадии еще не велики, и большинство из них можно скрыть. Аппетит обычно снижен, но через 2—3 ч после вливания наркотика возникает тяготение к сладкому и жирному (иногда заранее приготовляют пирожное с кремом). Появляются запоры. Зуд кожи лица, сильный после первых инъекций, теперь слабеет и исчезает. Но выдают подростков узкие, как точки, зрачки. Зная об этом, они стараются носить темные очки.

Начинает расти толерантность. Считается, что это происходит медленнее, чем у взрослых [Найденова Н. Г., Найденов О. Ф., 1981]. К концу I стадии первоначальная доза возрастает в 2—3 раза, и подростки начинают делать вливания каждый день.

Вынужденный перерыв в регулярном употреблении наркотика вызывает психические проявления стертой абстиненции. Они сводятся к депрессивно-дисфорическому изменению настроения и резкому усилению влечения к наркотику. Пытаются заглушить влечение другими дурманящими веществами — алкоголем, большими дозами транквилизаторов, курением гашиша, снотворными, большим количеством крепкого кофе или концентрированным отваром чая (чифиром). Гораздо реже прибегают к ингалянтам.

Скорость формирования психической зависимости при злоупотреблении зависит от использованного препарата. Героин способен вызвать зависимость после 2—3 внутривенных вливаний. Другие препараты опия, в том числе кустарно приготовленные, вводимые внутривенно, менее активны — стойкое влечение к ним формируется после десятка вливаний. При пероральном приеме препаратов опия, если к ним прибегают нерегулярно, злоупотребление без зависимости может продолжаться более месяца. Ускоряет формирование наркомании сочетание опиатов с курением гашиша или кокаином, замедляет — чередование с алкоголем и чифиром [Пятницкая И. Н., 1975].

Ряд факторов способствует становлению у подростков наркомании при злоупотреблении препаратами опия [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1987]: алкоголизм в наследственности, симптомокомплекс «минимального органического поражения головного мозга», эпилептоидные черты характера, начало злоупотребления в возрасте до 14 лет и «стремление к самоутверждению». Таким образом, если начало злоупотребления определяется в основном социально-психологическими факторами, то в формировании зависимости бо́льшую роль играют факторы биологические.

В последние десятилетия получила известность эндорфинная гипотеза патогенеза наркоманий. Эндорфины — естественные химические вещества с морфиноподобным действием—содержатся в мозгу, особенно в некоторых его областях, и связаны с противоболевым эффектом. Предполагается, что они участвуют в физиологической реакции защиты от боли. Согласно эндорфинной теории патогенеза наркоманий, наркоманами становятся те лица среди злоупотреблявших препаратами опия, у кого существует «эндорфинный дефицит» (т. е. в организме образуется мало эндорфинов, отчего легко пробуждается потребность в экзогенных веществах, способных их заменить) или, наоборот, «эндорфинная продукция» оказывается чрезмерной (в ответ на прием наркотика), или конституциональной особенностью является слишком большое количество эндорфинных рецепторов в мозгу, или, наоборот, эти рецепторы могут обладать чрезмерной чувствительностью [Hodgson H., 1986].

Еще П. Б. Ганнушкиным (1933) было высказано суждение, что наркомании формируются на фоне психопатий. Утверждение это основывалось на опыте изучения именно опийных наркоманий, в частности морфинизма. Наркомании были причислены к «конституциональным развитиям» в отличие от алкоголизма, который был отнесен к «ситуационным развитиям». П. Б. Ганнушкину принадлежит крылатая фраза, что «алкоголиками делаются, а морфинистами рождаются». Сходной точки зрения придерживался И. В. Стрельчук (1956), полагая, что большинство опийных наркоманов в преморбиде — психопаты. Впоследствии связь между психопатиями и опийными наркоманиями многими отвергалась [Рапопорт А. М., 1961; Лыткин В. М., Нечипоренко В. В., 1988], хотя допускалось, что скорее на фоне психопатий наркомании могут развиваться более стремительно [Лыткин В. М., Сафонов А. Г., 1988].

Как указывалось в гл. 3, у подростков для формирования наркомании существенное значение имеет не столько степень аномалии характера (психопатия, акцентуация), сколько ее тип. По мнению П. Б. Ганнушкина (1933), конституциональное предрасположение к опийным наркоманиям связано с эпилептоидным, неустойчивым и циклотимическим типами психопатий.

Следует заметить, что риск начать злоупотребление наркотиками и риск формирования наркомании вследствие злоупотребления не всегда совпадают. У неустойчивых действительно высок риск начать злоупотребление под влиянием неблагоприятных компаний, и, начав его, пристраститься к наркотику и стать наркоманом. Зато истероиды и гипертимы, обладая повышенным риском начать злоупотребление, тем не менее не обнаруживают высокого риска формирования наркоманий, склонны долго ограничиваться эпизодическим злоупотреблением без зависимости [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989]. Зато эпилептоиды, изначально настороженно относившиеся к наркотикам, дабы «не повредить здоровью» [Личко А. Е., 1977], если начинают злоупотребление, то обнаруживают высокий риск быстрого формирования наркомании [Егоров В. В., Седых С. Н., 1988; Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989]. Возможно, это связано с большой силой возникающих у эпилептоидов влечений. Высок также риск формирования наркомании у начавших злоупотребление препаратами опия шизоидов. В своеобразии «опийного кайфа» шизоиды, видимо, находят что-то, очень созвучное их натуре, хотя словами затрудняются это объяснить.

Диагностика опийной наркомании у подростков на I стадии может представить определенные трудности в отношении выявления индивидуальной психической зависимости. Подростки на этой стадии способны скрывать возникающее влечение. Будучи уличенными в злоупотреблении наркотиками, они склонны уверять, что это был единственный случай или что употребляли наркотик изредка, эпизодически, нерегулярно. Развивающееся при вынужденном перерыве в злоупотреблении депрессивно-дисфорическое состояние само по себе неспецифично по проявлениям и может быть связано с действием психогенных факторов, истолковано как реакция на ситуацию, особенно если подростка поместили в психиатрический или наркологический стационар. Вегетативные проявления абстиненции могут быть незначительными, да к тому же еще подросток может их диссимулировать.

Для выявления вегетативных признаков абстиненции может быть использована налорфиновая проба. Внутривенно вводят 1 мл 0,5 % раствора налорфина (наллина). Вскоре вслед за вливанием появляется вегетативная симптоматика, описанная в начале абстиненции на II стадии наркомании. Особенно характерно внезапное после вливания расширение зрачков, чего у ненаркотизирующихся налорфин не вызывает. В США подобная проба, для чего может использоваться еще более активный антагонист морфина — налоксон, применялась полицией у всех задержанных с наркотиками при себе. Однако налорфиновая проба может стать положительной, когда уже имеется угроза перехода I стадии наркомании во II.

В пользу сформировавшейся наркомании свидетельствуют многочисленные следы от внутривенных вливаний: склерозированные вены на локтевых сгибах, на предплечьях, узелки по ходу вен.

Особенности поведения подростков при перерыве наркотизации позволяют заподозрить наличие психической зависимости. Такие подростки постоянно напряжены, активно противятся госпитализации, а при помещении в больницу аффективно требуют выписки, ищут повода, чтоб хотя на время отлучиться, замышляют побег. Среди других госпитализированных подростков быстро выискивают тех, кто также злоупотреблял наркотиками или иными токсическими веществами, стараются с ними уединиться и ведут долгие беседы тайком, так, чтобы это не бросалось в глаза персоналу. В беседе с врачом обнаруживают знание сленга наркоманов. Жалуясь на бессонницу или какие-либо боли, выпрашивают у медицинского персонала снотворные и транквилизаторы.

II СТАДИЯ НАРКОМАНИИ

Данная стадия характеризуется развитием физической зависимости от наркотика (проявляющейся выраженным абстинентным синдромом при перерыве регулярного введения), ростом толерантности к наркотику, изменением картины опийного опьянения и постоянными характерными соматическими изменениями. Существуют некоторые особенности этих признаков II стадии наркомании, присущие подростковому возрасту.

Особенности абстинентного синдрома у подростков, как проявления физической зависимости, описаны в предыдущем разделе данной главы.

Рост толерантности у подростков менее выражен, чем у взрослых [Найденова Н. Г., Найденов О. Ф., 1981]. У взрослых описаны случаи, когда толерантность достигала 300 терапевтических доз в сутки [Пятницкая И. Н., 1975]. Косвенным признаком роста толерантности у взрослых, пользовавшихся для приобретения наркотиков «черным рынком», может служить сумма ежемесячных расходов на наркотик [Иллеш А., 1987]: в 1984 г. 8 % из них тратили до 50 р. в месяц (очевидно, это те, кто попал в поле зрения наркологов на I стадии или в начале II), а 22 % — от 1 до 3 тыс. р. (очевидно, на высоте толерантности к концу II стадии).

Подростки чаще пользуются кустарно изготовленными препаратами, иногда ими самими сделанными, поэтому точные сведения о возрастании толерантности получить трудно. Иногда приходится услышать, что подросток начинал с внутривенного вливания 1 мл самодельного препарата («1 куба»), а теперь тре-

буется несколько «кубов» на 1 вливание. Но главным признаком возросшей толерантности является потребность вводить внутривенно наркотик дважды в день.

Перерыв наркотизации, в результате которого подросток перенес состояние абстиненции, приводит к падению толерантности, иногда до первоначальной. Опытные наркоманы специально пользуются этим приемом, чтобы вернуть прежний «кайф», угасающий к этому времени, и чтобы уменьшить расходы на наркотик («омолаживаются»). Информацией о подобном приеме обычно располагает и наркотизирующаяся компания подростков, но они менее охотно прибегают к этому приему, не будучи склонными «мучить себя ломкой». Все же среди подростков встречаются те, кто не знает о падении толерантности после перенесенной абстиненции. Возобновляя наркотизацию, они сразу вводят прежнюю высокую дозу. Результатом бывает картина передозировки вплоть до коматозного состояния. Описаны смертельные случаи [Boyd P., 1971].

Изменение картины опьянения начинается с того, что первоначальная вегетативная реакция на внутривенное введение наркотика («приход») значительно сглаживается. Однако она может возобновиться, если вводить по-новому приготовленный самодельный препарат, особенно богатый примесями.

Затем меняется картина самого опьянения. Исчезает прежний «кайф» с ленивым довольством, малоподвижностью, желанием уединиться, грезоподобными фантазиями. Действие наркотика сказывается по-иному. Возрастает активность, появляется желание двигаться, что-то делать, общаться. Вместо прежнего желания уединяться, подростка начинает тянуть в компанию, ему хочется «гулять». Иногда подростки кажутся несколько взвинченными, даже болтливыми. Наркотик все более начинает играть роль необходимого допинга, без которого ничего не способны сделать, чувствуют вялость, апатию. Именно в этот же период действия наркотика на время восстанавливается аппетит.

Подобный стимулирующий эффект продолжается несколько часов (от 2 до 6 — чем дольше развивается наркомания, тем он короче). Вслед за этим возобновляется неодолимое влечение к наркотику, что заставляет прибегать к повторным вливаниям в течение 1 дня.

Постоянные соматические нарушения у подростков нарастают довольно быстро. Развивается телесное истощение — масса тела падает, подкожная жировая клетчатка истончается, мышцы атрофируются. Кожа становится сухой, морщинистой, шелушащейся. Характерна необычная бледность. Волосы секутся, ногти ломаются. Быстро портятся зубы. Если наркомания развивается у подростков, у которых еще не завершилось половое созревание, то оно задерживается.

Очень узкие зрачки являются самым характерным симптомом. С этим бывают связаны нарушения аккомодации и жалобы на ухудшение зрения. Чтобы скрыть узкие зрачки от посторонних, носят темные очки, даже вечером и в помещении.

Постоянные запоры приводят к гипохромной анемии — особенно падает содержание гемоглобина. Аппетит снижен.

При регулярном употреблении наркотика ночной сон достаточный. Бессонница начинается при абстиненции.

Резко снижается сексуальная потенция, и одновременно угасает половое влечение. Подростки, имевшие ранее половые контакты, их прекращают. Не имевшие их, перестают онанировать, теряют интерес к сексуальным фантазиям. У них исчезают ночные поллюции и позднее других — утренние эрекции полового члена в конце сна и при пробуждении. Иногда сохраняется гомосексуальная активность, как правило, в пассивной форме. Стимулом для нее служит не столько сексуальное влечение, сколько возможность получить наркотик или средства на него.

Плохо переносят холод. Легко зябнут.

Скорость перехода I стадии наркомании во II зависит от интенсивности наркотизации (какой из препаратов опия, в каком количестве и как часто употребляется) и от индивидуальных особенностей. У подростков обычно I стадия переходит во II на протяжении 1—2 мес. Резидуальное органическое поражение головного мозга или эпилептоидный тип психопатии и акцентуации характера способны ускорить этот переход.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПИЙНЫХ НАРКОМАНИЯХ У ПОДРОСТКОВ

Возникающие осложнения привлекали внимание с самого начала подростковой наркоманической эпидемии в западных странах [Bewley T. et al., 1968]. Среди них самыми частыми были отмечены гноеродные инфекции (39 %), гепатиты (29 %) и передозировка наркотика (17 %). В последнее время меньше указаний на гноеродную инфекцию, но больше на асептические тромбофлебиты и тромбоэмболии [Ságodi R., 1986]. Гепатиты оказались вирусной природы — вирус передается с нестерильными иглами и шприцами, а в группе наркоманов часто вся компания пользовалась одним шприцем. Первыми признаками начинающегося гепатита служат головная боль, болезненность в эпигастральной области и в правом подреберье, желтушность склер.

Взаимоотношение опийных наркоманий и СПИДа (в англоязычной литературе — AIDS) стало предметом многих публикаций. Заражение происходит так же, как при вирусном гепатите, — через шприцы и иглы при внутривенных вливаниях. Подростки, страдающие наркоманией, еще менее, чем взрослые

наркоманы, склонны соблюдать какую-либо осторожность. Считается, что роль наркоманов в распространении СПИДа по крайней мере в 4 раза больше, чем роль гомосексуалистов [Stimel B., 1987]. При обследовании госпитализированных наркоманов, прибегавших к внутривенным вливаниям героина, оказалось, что почти 75 % из них были носителями вируса СПИДа [Shine D. et al., 1987]. Высказывается предположение, что в организме тех, кто злоупотребляет опиатами, вирус СПИДа размножается быстрее.

Психозы как непосредственное осложнение опийных наркоманий никем не описаны — ни при опийном опьянении, ни при абстиненции, ни как следствие хронической интоксикации. Случаи затяжных психозов на фоне опийной наркомании оказывались шизофренией, и даже роль опиатов как провокаторов оставалась неясной (см. стр. 251). Встречавшиеся острые психотические приступы были следствием того, что опиаты сочетались с другими токсическими веществами (например, с гашишем или кокаином). Особенно опасным в отношении развития психозов оказалось употребление на II стадии опийной наркомании кустарного препарата «ширка» (см. стр. 200), основным действующим началом которого является производное первитина. Наркоманы его использовали, чтобы облегчить абстиненцию. В итоге нередко возникали делириозные состояния, в картину которых включалась «эндоморфная симптоматика» [Москети К. В. и др., 1988]: бредовые идеи «активного воздействия» на настроение и энергию других людей, ощущение «перекачки энергии» и т. п.

Смертность при опийных наркоманиях у подростков довольно высока. По данным I. James (1967), она составляла 2,2 % в год, что в 20 раз превышает смертность в общей популяции подростков. Смерть чаще всего наступала от передозировки наркотика и от шоковых реакций или тромбоэмболии при внутривенном его введении [Boyd P., 1971], а также вследствие суицидов и «несчастных случаев». Интересно, что излюбленный наркотик не используется в суицидных целях [Трайнина Е. Г., 1983]. Различные соматические заболевания имеют меньшее значение, несмотря на явное падение защитных сил организма. В последние годы важное место среди причин смерти начал занимать СПИД.

III стадия наркомании формируется на протяжении ряда лет злоупотребления опиатами — в подростковом возрасте она не встречается.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Главной мотивацией употребления наркотиков на II стадии постепенно становятся страх абстиненции и желание поддержать достаточно активное и бодрое состояние. Однако

обычно эта мотивация подростками открыто не высказывается, заслоняется другими мотивировками [Чебураков С. Ю., 1989]. Иногда приходится сталкиваться с категорическим отказом от лечения, с убийственным доводом — желание «навсегда остаться наркоманом», «лучше год-другой прожить с наркотиком», чем «всю жизнь прозябать без него» [Личко А. Е., 1977].

Патопсихологические исследования не обнаружили каких-либо выраженных изменений интеллекта, мышления, памяти даже на II стадии опийной наркомании.

Патохарактерологические исследования с помощью ПДО [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1989] выявили заметное возрастание частоты эпилептоидного типа по мере формирования наркомании: среди злоупотребляющих без зависимости — 17 % (что достоверно не отличается от общей популяции); на I стадии наркомании — 23 %; на II — 50 % ($p<0{,}05$). Эпилептоидные подростки первоначально могут довольно осторожно относиться к наркотикам, боясь «повредить здоровью». Но зато если они начинают ими злоупотреблять, то влечение пробуждается быстро и бывает сильным. Но еще более важным фактором может быть эпилептоидизация личности по мере развития наркомании — ее огрубение, эгоизм, влечение, как главный мотиватор поведения. Возможно, что эпилептоидизация особенно сказывается на неустойчивом типе. Среди злоупотреблявших без зависимости неустойчивых оказалось 42 %, а среди наркоманов на II стадии — только 10 %.

Группу опийных наркоманов отличают также резко выраженная реакция эмансипации и нонконформизм, в то время как склонность к диссимуляции вовсе не выражена — если наркомания распознана, то, по суждению наркоманов, «скрывать нечего» [Егоров В. В., Седых С. Н., 1988]. В отличие от взрослых, обычно отрицательно относящихся к алкоголю [Пятницкая И. Н., 1975], у 73 % подростков-наркоманов, по данным ПДО, выявлено положительное отношение к нему.

Эпилептоидность при опийной наркомании у подростков отличается некоторыми особенностями по сравнению с конституциональной эпилептоидной психопатией. Использование не только ПДО, но и метода Кетелла, личностного дифференциала и опросника самоотношения Розенберга [Иванова Т. В., 1990] показало, что эпилептоидность сочетается с неустойчивостью, истероидностью, эмоциональной лабильностью и даже с сенситивностью. Недостаточная критичность и склонность к обману коррелируют с зависимостью от группы, повышенной чувствительностью к угрозе, прямолинейностью и наивностью, а также низкой оценкой собственной активности. Отмечается также повышение В-индекса по ПДО, что свидетельствует об изменениях характера, свойственных органической психопатии.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

Эта помощь включает, прежде всего, использование антагониста морфина и других опийных препаратов—налорфина (наллина), а также меры по интенсивной дезинтоксикации.

Налорфин является эффективным средством при угнетении дыхания — наиболее опасном осложнении при передозировке. Этот препарат следует вводить внутривенно — 2 мл 0,5 % раствора. При недостаточном эффекте от одного вливания его можно повторять в той же дозе еще раз-другой с паузами в 10—15 мин (общая доза не должна превышать 8 мл 0,5 % раствора). При отсутствии налорфина в качестве стимулятора дыхания можно воспользоваться бемегридом — антагонистом снотворных. Его вводят также внутривенно в дозе 5—10 мл 0,5 % раствора.

К вводимым капельно дезинтоксицирующим средствам полезно добавлять кофеин (10 % раствор, в сутки можно вводить до 10 мл). Применяют также повторные подкожные инъекции атропина (0,1 % раствор — 1 мл).

Учитывая, что морфин и другие опиоиды выделяются слизистой желудка, а затем снова всасываются в кишечнике, рекомендуются повторные промывания желудка 0,1 % раствором калия перманганата. После промывания некоторое количество раствора можно оставлять в желудке для окисления алкалоидов опия. Зонд в желудок следует вводить с большой осторожностью, если уже развилось коматозное или сопорозное состояние. Препараты опия угнетают кашлевой рефлекс, и, если зонд вместо желудка окажется в трахее, то кашля может не возникнуть, а вливание через зонд жидкости вызовет асфиксию. Чтобы убедиться, действительно ли зонд находится в желудке, можно прибегнуть к простому приему: эпигастральную область прослушивать с помощью фонендоскопа, а через свободный конец зонда вдуть воздух — тогда в желудке слышно бульканье; если же зонд в трахее, то слышен дующий звук.

Для дезинтоксикации используются средства и приемы, изложенные в гл. 6.

При передозировке легко наступает переохлаждение, поэтому больного следует тепло укутать, а к ногам и к области сердца положить теплые грелки.

КУПИРОВАНИЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Купирование выраженной абстиненции на II стадии наркомании включает использование холинергических и адренергических средств, антидепрессантов, иногда курарепо-

добных препаратов, небарбитуровых снотворных и дезинтоксикационных средств.

Метадон (Methadone)— сходный с морфином синтетический препарат, довольно широко используется для купирования абстиненции в некоторых зарубежных странах, например в США и в Голландии. Но при его употреблении в больших дозах возможны эйфория и «кайф», причем опьянение весьма сходно с опийным. Длительное применение метадона способно вызвать и привыкание (повышение толерантности), и пристрастие (неодолимое влечение).

При лечении метадоном этим препаратом заменяют героин или иные активные опиаты, которые использовались наркоманом при злоупотреблении. Метадон избавляет от тягостных явлений абстиненции. В дальнейшем дозу метадона постепенно снижают. В нашей стране метадон не используется.

Постепенное снижение дозы наркотика для того, чтобы избежать тяжелой абстиненции, до середины 50-х годов в нашей стране считалось методом выбора при лечении наркоманий. С 1957 г. ни пациенту, ни лечащему врачу подобного выбора не предоставляется. Одномоментное полное отнятие наркотика было принято как обязательное правило, сохраняющееся в настоящее время [Морозов Г. В., Боголепов Н. Н., 1984; Бабаян Э. А., Булаев В. М., 1989]. Редкое исключение допускается для случаев, когда наркомания сочеталась с органическим заболеванием сердца или тяжелой формой гипертонической болезни, так как абстиненция грозила опасными для жизни осложнениями.

Дезинтоксикация оправдана при одномоментном перерыве введения наркотика. Проводится она посредством лекарств и приемов, описанных ранее в гл. 6.

Пирроксан (альфа-адреноблокатор) — используется для смягчения тягостных вегетативных нарушений. Внутримышечно вводят по 3 мл 1 % раствора 3 раза в день в первые дни абстиненции, затем можно давать в таблетках по 0,015 — по 2—3 таблетки 3 раза в день.

При очень резко выраженной саливации и секреции слизистых можно прибегнуть к атропину (1 мл 0,1 % раствора подкожно или 10—15 капель того же раствора 2—3 раза в день). У взрослых было предложено лечение абстиненций атропиновыми шоками [Кочмала М. Т., Пинаев А. С., 1973], но широкого применения оно не получило. У подростков это лечение вообще вряд ли целесообразно, так как может послужить моделью для злоупотребления галлюциногенами.

При сильных спазмах в кишечнике, помимо атропина, можно использовать ганглерон (по 2 мл 1,5 % раствора внутримышечно 2—3 раза в день) или баралгин (по 5 мл внутримышечно или в таблетках 2—3 раза в день).

Для подростков сильные мышечные боли во время абстиненции менее характерны, чем для взрослых. Для их смягчения нередко бывает достаточно анальгина (в таблетках или в ампулах в виде 50 % раствора по 1 мл внутримышечно). При очень сильных мышечных болях, особенно сопровождаемых судорожными сведениями, рекомендуется мелликтин [Рамхен И. Ф., 1967] — курареподобный препарат (по 0,02—0,04 2—3 раза в день). Но его побочным действием может быть угнетение дыхания — в этих случаях рекомендуется инъекция прозерина с атропином. Для купирования мышечных болей и сведений мышц предложено также иглоукалывание (сеансы желательны дважды в день).

Аффективные расстройства в виде депрессивно-дисфорического настроения обычно бывают ведущим симптомом во время абстиненции у подростков, поэтому наиболее употребительным средством является амитриптилин. В первые дни его можно давать по 50 мг 3 раза в день (последний прием — не позже 6 ч вечера), а в последующие дни — по 25 мг. Соответствующие дозы амитриптилина можно добавлять во время капельных внутривенных вливаний. На ночь рекомендуется тизерцин (левомепромазин) по 25 мг перорально или внутримышечно. Возможно, что хорошим средством, нормализующим аффективный фон, мог бы оказаться карбамазепин (финлепсин), но опыта его использования при опийных абстиненциях еще не опубликовано.

В целом для купирования абстиненций предложено немалое число средств и расписаны довольно детальные схемы их использования. Эффективность некоторых из рекомендованных средств невелика и даже сомнительна. Использовавшиеся ранее сильнодействующие методы, вроде пиротерапии с помощью сульфозина или пирогенала, повышающих температуру тела до 39—40 °С, в силу возникающего тяжелого лихорадочного состояния могли просто маскировать абстиненцию. Лекарства, оказывающие более медленное действие, например гипогликемические дозы инсулина, нуждаются в тщательной оценке их действительного эффекта, так как в течение нескольких дней явления абстиненции могут значительно сгладиться и без всякого лечения.

Индивидуальная психотерапия должна начинаться еще на фоне выраженных явлений абстиненции. В этот период подростки несдержанны и аффективны, но и более откровенны, чем обычно. Обычно они жаждут сочувствия и сопереживания, что облегчает неформальный контакт и позволяет выяснить искренность намерений лечиться и попытаться подтолкнуть к такому решению.

Купирование стертой абстиненции на I стадии наркомании, по существу, проводится с помощью симптоматических средств. Для смягчения аффективных нарушений можно ис-

пользовать антидепрессанты и умеренного действия нейролептики. Например, амитриптилин по 25 мг 2—3 раза в день можно сочетать с сонапаксом (меллерилом, тиоридазином), также по 25 мг 3 раза в день. Ночную бессонницу хорошо устраняет терален (алимемазин) по 5 мг или тизерцин по 25 мг. Вместо сонапакса можно применять неулептил (перициазин) по 5—15 капель 4 % раствора 3 раза в день (в 1 капле этого раствора содержится 1 мг препарата). Вегетативные симптомы обычно незначительны и специального лечения не требуют.

Транквилизаторы (седуксен, элениум и аналогичные им лекарства) при лечении абстиненции лучше избегать, так как они самими подростками охотно используются в качестве заменителей наркотика или для усиления алкогольного опьянения, или для попыток с помощью больших доз этих средств получить «кайф». Такой же осторожности требует назначение димедрола в качестве снотворного, а также к предложенным для купирования абстиненций у взрослых наркоманов центральным холинолитикам, например артану [Рамхен И. Ф., 1967], более известному как циклодол и употребляемому подростками в больших дозах в качестве галлюциногена. Видимо, лучше избегать и рекомендованный для купирования абстиненций клонидин [Gold M. et al., 1978; Washton A. et al., 1980, — цит. по Бабаяну Э. А., Булаеву В. М., 1989]. Этот препарат в нашей стране выпускается под названием «клофелин» и широко применяется для лечения гипертонической болезни. Но в последние годы это же лекарство в больших дозах (легко растворимое в воде и жидкой пище) использовалось преступниками, чтобы усыпить жертву и ее обокрасть.

ПОДАВЛЕНИЕ ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ

Средства, специфически подавляющие такое влечение, пока отсутствуют. С этой целью у подростков чаще всего применяют нейролептики — неулептил и сонапакс. Даже на высоте их действия влечение устраняется не полностью, а после прекращения их приема оно может вспыхнуть с новой силой.

Применение антагонистов морфина, в частности налтрексона [Бабаян Э. А., Булаев В. М., 1989], является другим путем подавления влечения. Под действием налтрексона последующее употребление опийных препаратов не способно вызвать эйфории, «кайфа». Однако действие налтрексона непродолжительно, применять его приходится дважды в день. Предприняты попытки изготовить препарат пролонгированного действия. Тем не менее налтрексон не ограждает от наркотического действия других неопийных препаратов, на которые может переключиться подросток. При искреннем желании избавиться от наркомании нередко достаточно бывает психотерапии.

Психотерапия ставит целью убедить подростка прекратить наркотизацию. Это удается далеко не всегда. Доводы о вреде наркотиков для здоровья, о быстро надвигающейся инвалидности, о неминуемой импотенции, о ранней смерти некоторую часть подростков оставляют совершенно равнодушными. В их среде субъективная цена здоровья и жизни стоит низко. Другая часть подростков на словах со всем соглашаются, изъявляют желание излечиться навсегда, но на самом деле подобные высказывания лживы. Они просто скрывают желание вернуться к наркотизации. Наконец, третья часть подростков в определенный период действительно хотели бы избавиться от наркоманического пристрастия. К этому подталкивают и страх тяжелых абстиненций, и угроза строгих наказаний, и опасения, что своя же компания когда-нибудь с ними расправится. Именно такие подростки нуждаются в индивидуальной психотерапии. После установления с ними неформального доверительного контакта надо вместе попытаться искать пути, как полностью порвать связи с прежней наркотизирующейся компанией и каким новым интересом заполнить жизнь. Необходимо предупредить подростка о возможных рецидивах влечения в будущем и о причинах, толкающих к возврату наркотизации, разъяснить способы психологической защиты в стрессовой ситуации.

Решающим психотерапевтическим фактором, закрепляющим эффект лечения и способствующим тому, чтобы прекратить наркотизацию, видимо, является коренное изменение условий жизни, появление новых планов на будущее и новых интересов. Наиболее ярким примером этому служат молодые американские военнослужащие, злоупотреблявшие препаратами опия, в частности героином, во время войны во Вьетнаме. После возвращения на родину в США 95 % из них прекратили злоупотребление (притом многие без всякого лечения), и лишь 5 % остались заядлыми наркоманами.

Групповая психотерапия как метод лечения опийных наркоманий у подростков очень трудна и чревата осложнениями. Если группу составлять только из подростков со сформировавшейся наркоманией, то она легко может лечь в основу будущей наркотизирующейся компании. Такая группа нередко подпадает под влияние лидера или той ее части, которая имеет явную или скрытую установку на продолжение наркотизации. Если же подростка-наркомана включать в группу больных неврозами, вялотекущей шизофренией и т. п., то они нередко его отвергают. С другой стороны, он сам иногда может стать для кого-либо из членов этой группы источником наркотического соблазна. Видимо, наиболее эффективными могут оказаться тщательно подобранные малые группы из числа подростков, прекративших наркотизацию с искренним желанием к ней более не возвращаться. Для них группа подобных же единомышленников,

обычно страшащихся, что в стрессовой ситуации они «не устоят», может оказаться действенной эмоциональной поддержкой. Примером этого у взрослых могут послужить члены сообщества «Анонимные наркоманы» в США.

Семейная психотерапия не только желательна, но и необходима, если удается привлечь членов семьи. Она должна начинаться с родными без подростка, с которым одновременно проводятся индивидуальные беседы. В дальнейшем полезной бывает групповая семейная психотерапия, которая проводится одновременно с членами нескольких семей. Задача семейной психотерапии не только в том, чтобы дать близким достаточную информацию о проявлениях и течении наркомании, чтобы они могли вовремя заметить рецидив, но и убедить их в том, что наркомания — это, прежде всего, болезнь, и подросток нуждается не столько в родительских дисциплинарных мерах (к этому периоду обычно уже неэффективных), сколько в помощи и эмоциональной поддержке, совместном устранении причин, способных подтолкнуть к рецидиву. Родители, впервые узнавшие о наркотизации подростка, нередко сами нуждаются в психотерапевтической помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Лечебная помощь может строиться на различных принципах. С 1957 г. по настоящее время в нашей стране она базируется на принципе обязательного (фактически — нередко принудительного) лечения тех, у кого диагностирована наркомания, и также обязательного (при отказе опять же принудительного) медицинского освидетельствования, в том числе стационарного, тех, в отношении кого есть «достаточные данные» полагать, что они употребляют наркотики в немедицинских целях. Существующие законоположения несовершенны. Неясно, например, что должно считаться «достаточными данными» и кто их должен признавать «достаточными».

Подросткам старше 16 лет, как и взрослым, предлагается проходить лечение в специализированном стационаре. Срок лечения регламентируется. При отказе от лечения по решению народного суда они могут быть направлены в лечебно-воспитательный профилакторий на срок, также определяемый судом. После стационарного лечения или после возвращения из лечебно-воспитательного профилактория подросток обязан оставаться под наблюдением наркологического диспансера; при этом скрупулезно регламентируются минимальная частота посещений в разные периоды, повторные противорецидивные курсы лечения, в основном состоящие из общеукрепляющих средств.

Эффективность лечения, основанного на принудительном методе, как будет показано в следующем разделе, весьма невы-

сока. Главное значение этих мер скорее профилактическое — путем изоляции, хотя бы на время, наркоманов от общей популяции подростков препятствовать распространению наркоманий. Считается, что каждый наркоман привлекает к злоупотреблению в среднем еще 5 человек.

В некоторых странах организация лечения основывается на исключительно добровольных принципах. Наказываются лишь изготовление и продажа наркотиков. Учитывая низкую эффективность лечения наркоманий на II стадии с тяжелой физической и психической зависимостью, используется «выдача наркотического пайка» [Бабаян Э. А., Булаев В. М., 1989] — регулярное предоставление наркоманам легальным путем небольших доз наркотиков. Эта система до сих пор существует в Великобритании — в определенной мере она наносит удар по «черному рынку» наркотиков, а тем самым и препятствует их распространению в популяции.

Близким подходом является применение метадона в качестве заменителя героина и других препаратов опия («замена тяжелой наркомании на более легкую») с одновременной реабилитационной программой, направленной хотя бы на частичную социализацию наркоманов. Подобный подход, не способствуя излечению от наркоманий, тем не менее оказывает существенное влияние на снижение преступности, связанной с добычей средств на приобретение наркотиков на «черном рынке».

Нерешенной пока остается в нашей стране проблема анонимного лечения наркоманов. В США, как указывалось, существует организация «Анонимные наркоманы», аналогичная «Анонимным алкоголикам». Подобная организация, будучи сугубо добровольной, объединяет тех, кто сам решил злоупотребление наркотиками прекратить. В данной выборочной группе не удивительны высокие показатели длительных ремиссий. Деятельность подобной организации может иметь большое психотерапевтическое значение — ее члены оказывают друг другу моральную и эмоциональную поддержку.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОМАНИЙ

Почти всеми авторами эффективность лечения признается как весьма низкая. Оценка, однако, как правило, проводится без учета стадии наркомании, на которой проводилось лечение. Обычно же лечение осуществляется впервые на II стадии наркомании. У взрослых наркоманов еще E. Kraepelin, располагавший отдаленными катамнезами, отметил, что стойкая ремиссия была лишь у 8 %. По данным же E. Bleuler, эффективность составила 42 %, возможно, вследствие более короткого периода наблюдения (цит. по S. Haastrup, P. Jensen, 1988). И. Н. Пят-

ницкая (1975), подытоживая свои и литературные данные, привела диапазон эффективности от 10 до 20 %.

Сведения об эффективности лечения опийных наркоманий у подростков немногочисленны и малоутешительны. В 1973 г. R. Walker сообщил, что устойчивую ремиссию удалось констатировать только в 1 %! Катамнезы, собранные у 300 пациентов в возрасте 28 лет, начавших злоупотребление опиатами в 17 лет, показали, что за этот 11-летний период 26 % умерли, 44 % продолжали злоупотребление наркотиками почти непрерывно, у 10 % были нестойкие ремиссии, и лишь у 20 % ремиссия оказалась стойкой — на протяжении всего периода они не употребляли наркотиков (Haastrup S., Jensen P., 1988). Е. В. Егорова (1988) обнаружила, что 40 % возобновили наркотизацию сразу же после окончания лечения, 18 % воздерживались в течение нескольких недель, 29 % — несколько месяцев, и лишь у 13 % ремиссия сохранилась в течение 1—3 лет.

Приведенные данные свидетельствуют о низкой эффективности лечения сформировавшихся наркоманий, судя по отдаленным катамнезам.

ПРОФИЛАКТИКА

Основным методом предупреждения распространения злоупотребления опиатами и опийных наркоманий является разрабатываемая государством и международными соглашениями система мер строгого контроля за медицинским использованием наркотиков и суровых наказаний за незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозку и сбыт наркотических средств, склонение других лиц к их употреблению, посев и выращивание опийного мака и т. п., которые рассматриваются как уголовные преступления. Однако по нашим законам подростки до 16 лет могут нести уголовную ответственность только за хищение наркотиков, а до 14 лет вообще к уголовной ответственности не привлекаются.

Склонение взрослыми к употреблениию наркотических средств несовершеннолетних наказывается лишением свободы до 10 лет. Но чаще всего сами несовершеннолетние склоняют к этому друг друга, а за это в уголовной ответственности они привлечены быть не могут.

Введение с 1972 г. суровых наказаний за перечисленные преступления (например, до 15 лет лишения свободы за повторные преступления этого рода или хищение наркотиков в крупных размерах — опия-сырца 50 г и более, 1 % морфина 250 ампул и более), несомненно, оказалось эффективным именно в отношении пресечения подростковой эпидемии наркомании в нашей стране, опасность которой возникла в начале 70-х годов. Именно с середины 70-х годов практически исчезло использование подростками в Москве, Ленинграде и некоторых

других крупных городах ампулированных препаратов морфина, омнопона, промедола («стекла») и содержащих кодеин таблеток («колес»), из которых готовились растворы для внутривенных вливаний. Злоупотребление опиатами локализовалось в эндемах, где был дикорастущий мак: на юге Украины, на Северном Кавказе, в Средней Азии, на Дальнем Востоке.

Строгие запреты, контроль и наказания являются мерами, хотя необходимыми, но сами по себе они недостаточно эффективны. Известно, что в Сингапуре торговля наркотиками карается смертной казнью, но это не остановило наркобизнес. В нашей стране меры борьбы с наркоманиями подтолкнули подростков к более широкому злоупотреблению другими дурманящими средствами, которые не являются наркотиками и гораздо более доступны (например, бензин, пятновыводители и некоторые сорта клея в качестве ингалянтов). Эти же меры повлекли к росту цен на наркотики на «черном рынке», что сделало их малодоступными для подростков в крупных городах. Наркобизнес, хотя и стал делом, гораздо более опасным, но и более прибыльным, а следовательно, и сопряженным с более тяжкими преступлениями. Суровость наказаний сделала наркобизнес более изощренным и более организованным. Группы взрослых наркоманов и торговцы наркотиками стали привлекать подростков на определенные роли («гонца» — переносчика наркотиков, «шустрилы» — их добытчика, сторожа тайных посевов мака и др.), за исполнение которых несовершеннолетние не несут уголовной ответственности.

Приведение в действие всей пенитенциарной системы борьбы с наркоманиями и наркобизнесом лежит на правоохранительных органах.

Медицинская сторона профилактики наркоманий и злоупотребления наркотиками ограничена рациональным санитарным просвещением и строгим контролем за использованием наркотиков.

Санитарное просвещение в данной области среди подростков представляет собой сложную проблему. Широкая популяризация сведений о наркотиках может оказать обратный желаемому эффект — пробудить у подростков нездоровое любопытство, стремление испробовать их действие на себе. С другой стороны, незнание вреда наркотиков, опасности пристраститься к ним, расхожие представления, что «от нескольких раз наркоманом не станешь», «когда захочешь — бросишь» и т. п., подрывают естественную осторожность в отношении «уколов», толерантность к влияниям наркотизирующихся приятелей, делают доступными соблазну с их стороны. Поэтому даже в США, где злоупотребление героином среди подростков было очень распространено, возникла проблема, «что, когда и как говорить учащимся о наркотиках», которая считается за-

служивающей специального изучения [Milgram G., Griffin T., 1986].

Санитарное просвещение в отношении наркотиков среди подростков должен осуществлять врач (желательно нарколог или врач, получивший специальную подготовку для данной работы в области наркологии) — информация о вреде для здоровья и опасности для жизни лучше воспринимается подростками, когда исходит из более авторитетных уст профессионала. Те же слова, сказанные учителем, не принимаются всерьез и даже могут вызвать протестную реакцию. Наилучшей формой являются беседы врача с группой подростков, в отношении которых можно предполагать повышенный риск злоупотребления наркотиками — например, круг приятелей и соучеников подростка, замеченного в таком злоупотреблении. Желательно, чтобы эти беседы не ограничивались лекцией — необходимо пробуждать диалог, не только вопросы, но и возражения, — чем живее беседа, чем она ближе по форме к групповой психотерапии, тем она эффективнее.

Говоря о вреде для здоровья, нельзя не учитывать, что в некоторой части современной подростковой популяции, особенно у представителей неустойчивого типа, субъективная цена собственного здоровья невысока. Более действенным может оказаться страх стать безвольным рабом («шестеркой») в руках более старших и более стеничных членов групп или перспектива быстро сделаться импотентом. Но беседа не должна сводиться к запугиванию, что опять же может вызвать протестную реакцию. Надо стараться, чтобы опасения рождались у подростка сами по себе. Нельзя использовать неточную, а тем более неверную информацию, например утверждать, что опийные наркомании приводят к слабоумию, потере памяти и т. п. Подростки неизбежно узнают истину из других источников и со свойственной возрасту категоричностью отметут и все другое, действительно верное.

Участие в санитарном просвещении средств массовой информации в отношении наркотиков должно быть ограничено (возможно, оно может оказаться полезным в регионах высокого риска) и осуществляться под контролем специалистов-наркологов. Как известно, долгие годы средства массовой информации умалчивали о существовании наркоманий в нашей стране вообще и у подростков в особенности. Но в последние годы возник некий «информационный наркотический бум», сведения преподносятся с желанием произвести сенсацию. С одной стороны, это делается с благими намерениями мобилизовать общественные силы на борьбу с наркоманиями, но, с другой стороны, подобная широко и бесконтрольно распространяемая информация может оказать неблагоприятное влияние на подростков. Сообщения о многих тысячах наркоманов, число

которых растет с каждым годом, вряд ли удержит неустойчивого подростка от желания попробовать действие наркотика на самом себе, а информация о высоких ценах на наркотики на «черном рынке» отвратит эпилептоидного подростка от соблазна принять участие в наркобизнесе и с легкостью загребать деньги.

Определенное профилактическое значение имеет изоляция подростков со сформировавшейся наркоманией и уклоняющихся от лечения от общей подростковой популяции. Созданные для таких 16—17-летних подростков лечебно-воспитательные профилактории вряд ли могут успешно выполнять функции, заложенные в их названии, т. е. лечение и воспитание. Профилактическую же роль они скорее выполняют в отношении других подростков. В качестве изолятов они, безусловно, могут сдерживать злоупотребление наркотиками в подростковой популяции. Не случайно термин «наркозорий» («резервация для наркоманов») появился в массовой печати как тема для обсуждения [Колесникова Г., 1989].

Глава 16. ДРУГИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

Сведения о токсикоманиях, вызванных транквилизаторами, и о злоупотреблении ими подростками, относительно невелики. Отмечается, что к мепробамату (мепротану), транквилизаторам бензодиазепинового ряда — седуксену (реланиуму, сибазону, валиуму), элениуму (либриуму), нитрозепаму (эуноктину, радедорму) — может возникнуть привыкание — при длительном регулярном употреблении возрастает толерантность. Имеются также указания на возможность развития психической, а также (позднее и в меньшей степени) физической зависимости.

Опьянение большими дозами транквилизаторов при пероральном приеме начинает проявляться через 15—20 мин. Как правило, используются дозы, в несколько раз превышающие терапевтические.

Опьянение начинается с головокружения, чувства необычного покоя. Все неприятное забывается. Настроение, особенно от седуксена, улучшается. Большие дозы радедорма вызывают резкую сонливость, а феназепама — иногда противоположный эффект — взбудораженность и взвинченность.

Характерным для опьянения всеми видами транквилизаторов является легкое оглушение: отвечают с задержкой, переспрашивают вопросы, реагируют медленно, внимание привлекается с трудом. Речь делается смазанной, походка — неустой-

чивой. Зрачковые реакции на свет и сухожильные рефлексы ослабевают [Найденова Н. Г., Найденов О. Ф., 1980].

Впоследствии, а при передозировке довольно быстро, наступает сон (на сленге транквилизаторы называют «сонниками»), который может перейти в сопор и кому атонического типа.

При внутривенном введении седуксена (реланиума) в дозе 20—50 мг (4—10 мл 0,5 % раствора — обычно упаковку из 5 ампул вводят одному или делят на двоих) сразу возникает эйфория. Она бывает выраженной, но непродолжительной. Вслед за ней наступает сон, при передозировке переходящий в сопор. Но через несколько часов пробуждение обычно наступает даже без специальной помощи.

При приеме больших доз мепробамата, который подростками используется крайне редко, картина опьянения напоминает таковую при опьянении реланиумом. Однако сонливости обычно не бывает, зато эйфория бывает более продолжительной. Она сочетается со стремлением к деятельности и общению, чем напоминает легкое гипоманиакальное состояние.

Лечение при опьянении проводится по общим правилам дезинтоксикационной терапии (см. гл. 6). Кроме того, рекомендуются аналептики — кофеин перорально, подкожно и внутривенно, а при угнетении дыхания — внутривенно бемегрид.

Абстиненция при перерыве длительного приема проявляется бессонницей, кошмарными сновидениями, чувством тревоги, страха, головной болью, потерей аппетита. В более тяжелых случаях развиваются мышечный тремор, шаткость походки, подергивания мышц. Описаны даже эпилептические припадки и острые психозы со спутанностью. Длительность абстиненции — от 1 до 6 сут.

Злоупотребление транквилизаторами у подростков чаще всего встречается в период «первичного поискового полинаркотизма» [Битенский В. С. и др., 1989]. В этот период подростки пробуют на себе действие различных средств — около половины из них эпизодически прибегают к транквилизаторам, но лишь 1 из 10 ограничивается только ими. Среди 127 подростков, у кого была диагностирована наркомания или токсикомания, транквилизаторная токсикомания встречалась только в 5 %. Зато к транквилизаторам как и заменителям наркотиков прибегают те, кто страдает опийной или гашишной наркоманией.

У подростков приходится сталкиваться с 4 видами злоупотребления транквилизаторами:

1. Добавление транквилизаторов к алкоголю. Мотивом служит желание получить более сильное опьянение («балдеж») от сравнительно небольшого количества спиртных

напитков, оказавшихся в распоряжении алкогольной компании. После введения в 1985 г. больших ограничений на продажу алкогольных напитков и повышения цен на них подобная мотивация стала более частой. Нередко в сочетании с вином и водкой принимают до 5—10 таблеток седуксена (реланиума) или иного транквилизатора. В итоге обычно развивается атипичное сомнолентное опьянение (см. стр. 127). Эйфория и расторможенность бывают мимолетными и скоро сменяются оглушением и сонливостью. Глубокий сон может переходить в сопор.

Однако возможны дисфорические опьянения [Найденова Н. Г., 1987] с сужением сознания.

Описано [Ахвердова О. А., 1989] развитие зависимости у подростков от сочетанного злоупотребления алкоголя (обычно до 300 г вина на прием) с реланиумом (до 10 таблеток на прием). При злоупотреблении подобным сочетанием в течение 2—6 мес нарастают огрубение личности, апатия, ухудшается память, страдают концентрация внимания, сообразительность и критическая оценка своего состояния.

Особую склонность к сочетанию алкоголя и транквилизаторов проявляют подростки эпилептоидного и истероидного типов акцентуаций характера и психопатий. Интерес к транквилизаторам как к добавке к алкоголю чаще всего возникает в возрасте 14—15 лет.

2. Употребление больших доз транквилизаторов в чистом виде. Мотивацией бывает желание «поймать кайф» или вызвать релаксацию — «успокоиться», «отвлечься от неприятностей». Употребление обычно бывает эпизодическим, но прибегают к большим дозам — до 20—30 таблеток на прием (со слов подростков). Нередким источником, из которого в руки подростков попадают транквилизаторы, является домашняя аптечка, когда кто-то из членов семьи лечится этими средствами по назначению врача [Битенский В. С. и др., 1989].

В ситуациях хронического стресса или в некоторых особых условиях, оказывающих необычное будоражащее действие — например, на Крайнем Севере весной при окончании полярной зимы с круглосуточной ночью [Резник В. А., 1989] у некоторых подростков, особенно при акцентуации характера по эмоционально-лабильному типу, может возникнуть повышенная потребность именно в транквилизаторах, чтобы «успокоиться». Развития стойкой психической зависимости при этом наблюдать не приходилось. Для ее возникновения необходимо многолетнее регулярное злоупотребление [Макаров В. В., Киселева Л. И., 1989], поэтому у подростков она не встречается.

3. Употребление транквилизаторов при ситуационной зависимости. Обычно терапевтические дозы транквилизаторов чаще используют подростки с акцентуацией

по сенситивному, психастеническому и шизоидному типам. Они регулярно прибегают к излюбленному транквилизатору перед ответственными и волнующими событиями (экзамены, контрольные работы, выступления и т. п.). Вне этих ситуаций потребности в транквилизаторах не испытывают.

4. Викарная интоксикация транквилизаторами. Наркоманы прибегают к транквилизаторам в качестве заменителя наркотиков, особенно опиатов, когда не могут достать последних. Нередко принимают большие дозы. Даже растворив таблетки, вводят полученную жидкость внутривенно. Транквилизаторы употребляются не только для того, чтобы задержать развитие абстиненции или смягчить ее проявления, но и в надежде попытаться вызвать состояние, хоть чем-то напоминающее наркотический «кайф». Поэтому к транквилизаторам как к заменителям наркотиков могут прибегать не только на II, но и на I стадии наркомании. Среди подростков, страдающих опийной наркоманией, около трети вынуждены бывают эпизодически использовать транквилизаторы в качестве заменителей. Охотнее и чаще других в дело идет седуксен (реланиум), особенно ампулированный для внутривенных вливаний. На втором месте стоят элениум (либриум) и эуноктин (радедорм). Остальные (феназепам, нозепам, мепробамат и др.) применяются реже.

БАРБИТУРАТЫ

Сформировавшихся барбитуровых наркоманий у подростков, в отличие от взрослых, в нашей стране в настоящее время встречать не приходится.

Редкие случаи барбитурового опьянения (барбамилом, реже — нембуталом) по клинической картине не отличаются от того, что описано у взрослых [Пятницкая И. Н., 1975], которые в последние годы предпочитали барбитураты (особенно барбамил) в виде внутривенных вливаний. При этом сразу же возникает выраженная эйфория, сочетающаяся со склонностью к высказываниям, отражающим собственные эмоциональные переживания. Речь делается смазанной, походка — шатающейся. Реже появляется агрессивность. За рубежом, особенно в США, одно время распространились «бешеные таблетки» — сочетание барбитуратов с амфетамином, при действии которых агрессия становилась безудержной.

После внутривенных вливаний барбамила наблюдались выраженные вегетативные нарушения — гиперемия лица, редкий пульс, снижение артериального давления. Эйфория вскоре сменяется астенией и сонливостью. Особенности действия барбамила (амитал-натрия) при внутривенном введении в качестве диагностической растормаживающей пробы, использовавшейся

в психиатрии, детально описаны в очерках по психофармакологии человека Н. Н. Трауготт, Я. Ю. Багрова и др. (1968).

Иногда барбитураты, особенно фенобарбитал (люминал), который подростки чаще получали от сверстников, лечившихся от эпилепсии, служат для усиления алкогольного опьянения. Картина последнего в этих случаях соответствовала сомнолентному типу (см. стр. 127). Это оказывалось менее привлекательным для подростков, чем эйфорическое опьянение, и поэтому они редко повторяли подобный эксперимент.

Сочетанное алкогольно-барбитуровое отравление может приводить к сопору и коме и создавать угрозу для жизни.

Лечение при барбитуровом опьянении сводится к внутривенному введению бемегрида (антидот барбитуратов), промыванию желудка, а также использованию диуретиков (барбитураты выделяются с мочой) и к симптоматическим средствам.

НОКСИРОН

В первой половине 70-х годов около 30 % подростков, у которых была диагностирована опийная наркомания II и I стадий, прибегали к добавке в виде ноксирона. Это значительно по их словам, на несколько часов продлевало «кайф», вызванный внутривенным введением опийных препаратов. Кроме того, по высказываниям некоторых из них, сам «кайф» проявлялся более приятно, более острыми ощущениями, большей способностью к грезоподобным фантазиям.

Ноксирон — снотворное небарбитурового ряда, производное пиперидина. Он не растворим в воде, поэтому к раствору опиатов для внутривенного вливания он не добавляется, а одновременно его принимали перорально (2—3 таблетки по 0,25 г.).

В прошлые годы ноксирон считался относительно малотоксичным снотворным. Хотя он отпускался в аптеках по рецептам, но не столь строго контролировался, как наркотики. На сленге подростков он получил название «ноксы». Злоупотребление им в сочетании с опиатами считалось даже особенно престижным — в знак этого на пальце руки делалась специальная татуировка в виде перстня, разделенного на сектора.

Систематическое сочетание вливаний опиатов и приема ноксирона, видимо, способствовало более быстрому развитию наркомании. Влечение возникало именно к сочетанному применению опиатов и ноксирона, т. е. формировалась истинная полинаркомания.

В середине 70-х годов закупки ноксирона, изготовлявшегося в Венгрии, были прекращены. Этот препарат был изъят из употребления в нашей стране. После этого он стал недоступным для подростков, и в настоящее время подобная полинаркомания не встречается.

ЭРГОТАМИН

Несколько лет назад в отдельных регионах страны к подростковым психиатрам и наркологам поступала устная информация от их пациентов, что среди подростков женского пола, преимущественно живущих в интернатах и общежитиях, появился новый вид злоупотребления («наркотик для девочек») — внутривенные вливания эрготамина. Никаких публикаций в наркологической или психиатрической литературе об этом не было.

По упомянутым сведениям, внутривенно вводился ампулированный аптечный препарат, предназначенный в основном для внутримышечных инъекций. Вскоре после внутривенного вливания возникали сокращения матки и субъективно появлялись ощущения, которые бывают во время оргазма при половом сношении. Однако в отличие от половых сношений эти ощущения продолжались очень долго — до часа и долее. Подростки женского пола, имевшие до этого опыт половых сношений с юношами, начав подобные вливания, прекращали половые контакты. Вливания делали друг другу, уединившись в небольшой однополой компании, затем запершись, чтобы никто не мешал, вместе переживали «сексуальный кайф».

Как известно, ампулированный эрготамин (по 1 мл 0,05 % раствора, т. е. 0,5 мг в ампуле) используется в акушерско-гинекологической практике при маточных кровотечениях. Данный препарат вводится подкожно или внутримышечно; вливания внутривенно делались в исключительных случаях в половинной дозе и медленно. Дозировка, которая использовалась при злоупотреблении, неизвестна.

Подобное злоупотребление эрготамином распространения не получило, а затем, видимо, вообще прекратилось — новой информации в последние 2 года не поступало.

АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ КАК ДОПИНГИ

В старину в Англии словом «допинг» обозначали вещества, которые давали скаковым лошадям на ипподромах. Затем допингами стали называть вообще все взбадривающие средства, снимающие усталость, утомление, например, крепкий кофе как средство, чтобы не уснуть.

В современном спорте этот термин приобрел юридическое значение. Существуют принятые международными и национальными спортивными организациями списки запрещенных для употребления спортсменами стимуляторов, наркотических и психотропных средств, а также эндокринных и иных препаратов, которые снимают чувство усталости, повышают физиче-

скую силу и работоспособность или (при длительном употреблении) способствуют развитию мускулатуры.

Во второй половине 80-х годов в некоторых подростковых компаниях распространились увлечения телесно-мануального типа по классификации А. Е. Личко (1973). Страстное желание развить очень сильную мускулатуру («накачать мышцы») ведет не только к каждодневным многочасовым физическим упражнениям, но и к употреблению допингов типа анаболических стероидов или некоторых мужских половых гормонов в сочетании с белковой питательной нагрузкой. Публикаций об этом в нашей научной литературе не найдено. Сведения получены, как и в отношении эрготамина, со слов подростков — пациентов психиатров и наркологов, которые сами этими допингами не злоупотребляли, но знали злоупотреблявших сверстников. Подобные допинги распространены в неформальных группировках типа «люберов» (см. стр. 49), а также в некоторых территориальных подростковых компаниях.

Чаще всего прибегают к инъекциям ретаболила или метиландростендиола внутримышечно (в 1 ампуле 1 мл 5 % раствора, т. е. 50 мг). Использовался также нероболил (феноболин) в ампулах, содержащих по 10 и 25 мг. Таблетированный метандростенолон считается неэффективным. Были указания об инъекциях ампулированного тестостерона, который также вводился внутримышечно. О дозировках судить трудно — вероятно, они превышали рекомендуемые терапевтические, а препараты пролонгированного действия вводились гораздо чаще, чем принято в лечебных целях.

В качестве белковой нагрузки применяли сухое молоко или богатые белком порошковые смеси для детского питания. Эти порошки поедались в значительных количествах.

В отличие от спорта, где во время ответственных соревнований может проводиться биохимический контроль за использованием допингов, злоупотребление ими в подростковых компаниях остается нераспознанным. Подозрение может возникнуть при чрезмерно развитой телесной мускулатуре, особенно в возрасте до 16 лет.

Длительное злоупотребление анаболическими стероидами, как известно из наблюдений за спортсменами [Anderson M., 1988], приводит к атрофии яичек и подавляет половое влечение.

ПРОЧИЕ СРЕДСТВА

Различные средства, которыми злоупотребляли подростки, известны из публикаций в США и других западных странах. Упоминается зеленый перец, печеные в кожуре бананы, растение «кошачья мята», сок из замороженных листьев салата-

латука, зерна проса. Последние добавляют к табаку при курении. Видимо, в поисках «кайфа» пробуются многие другие средства.

В нашей стране одно время получили распространение длительное пережевывание одного из сортов зубной пасты (ее жевали в течение урока в школе), вдыхание аромата одного из сортов пудры. В настоящее время встречаются случаи приготовления галлюциногенных настоев из некоторых видов ядовитых грибов.

Все эти средства не получили широкого распространения. Социальной опасности сами по себе они не представляли. Однако подобные злоупотребления наглядно свидетельствуют о том, что изъятие определенных опасных для развития наркоманий и токсикоманий веществ, строгие законы и преследования сами по себе не способны полностью устранить аддиктивное поведение подростков. Изъятие одного вещества повлечет за собой поиск других.

Глава 17. ПОЛИНАРКОМАНИИ И ПОЛИТОКСИКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Терминами «полинаркомания» и «политоксикомания» иногда необоснованно пользуются довольно широко — достаточно бывает узнать, что подросток испробовал действие двух или более наркотических или ненаркотических токсических веществ, чтобы поставить подобный диагноз. Наличие зависимости не всегда учитывается.

Э. А. Бабаян (1988) обратил внимание на необходимость четко отграничивать понятия «полинаркомания» и «политоксикомания». Переход от одного наркотика к другому, от одного токсического вещества к другому было предложено рассматривать не как полинаркоманию или политоксикоманию, а как трансформацию одного вида в другой. Разделение полинаркоманий и политоксикоманий было осуществлено на юридическом принципе — на основании того, включены ли вещества, которыми злоупотребляют, в официальный список наркотиков. Полинаркомании включили случаи одновременного употребления двух и более наркотиков, политоксикомании — двух и более ненаркотических токсических веществ. Случаи, когда одно вещество, которым злоупотребляют, включено в список наркотиков, а другое — нет, было предложено называть «осложненными наркоманиями».

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Диагноз «полинаркомания» должен базироваться не только на злоупотреблении двумя и более наркотиками, но и на наличии зависимости, особенно от их совместного применения (например, сочетание препаратов опия с ноксироном, кокаина — с курением гашиша или марихуаны).

Политоксикомания как диагноз должна свидетельствовать о наличии зависимости от двух или более ненаркотических токсических веществ.

У взрослых полинаркомания, как правило, развивается вслед за мононаркоманией; она становится результатом утраты эйфоризирующего действия привычного наркотика — в итоге появляется «сочетанная зависимость». По мнению И. Н. Пятницкой (1975), достоверной для диагностики полинаркоманий является только физическая зависимость. Оценка же психической зависимости, изменения толерантности или картины опьянения к новому наркотику, дополняющему прежний, крайне затруднены. Толерантность и картина опьянения могут оказаться изначально измененными вследствие нарушенной реактивности из-за употребления прежнего наркотика или иного токсического вещества.

Диагностика полинаркоманий и политоксикоманий наиболее убедительна во время абстиненции, когда в ее картине сочетаются признаки зависимости от разных веществ. Примером может послужить сочетание мышечных болей, тризма челюстей, слюно- и слезотечения, характерных для абстиненции при опийных наркоманиях, с крупным мышечным тремором, свойственным алкогольной абстиненции. Однако в подростковом возрасте подобные картины представляются редкостью: физическая зависимость к двум и более веществам не успевает развиться. Поэтому диагноз полинаркомании и политоксикомании в подростковом возрасте следует считать правомерным и возможным на I стадии — при наличии только психической зависимости.

Наиболее убедительным признаком в этих случаях будет влечение к употреблению двух веществ, особенно к их сочетанному применению. Примером могут послужить курение гашиша как насущная надобность после внутривенного вливания опиатов при полинаркомании и сочетание алкоголя с димедролом при токсикомании.

Среди формирующихся у подростков полинаркоманий во Франции одной из наиболее частых отмечено развитие на фоне гашишизма еще и опиизма, а на фоне последнего — появление зависимости от стимуляторов или барбитуратов [Seibel S., 1976].

Истинные полинаркомании и политоксикомании среди общего числа подростков нарко- и токсикоманий составили 23 % [Битенский В. С. и др., 1989]. Частота различных сочетаний при полинаркоманиях приведена далее на стр. 289.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ДВУМЯ И БОЛЕЕ СРЕДСТВАМИ БЕЗ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИХ

Для случаев злоупотребления двумя и более наркотическими и другими токсическими средствами, когда еще не возникла зависимость от них, чтобы отличить их от сформировавшихся полинаркоманий и политоксикоманий, были предложены различные названия: «изначальный подростковый полинаркотизм» [Пятницкая И. Н., 1967] «polydrug use» [Grant I. et al., 1978], «multiple grug use» [Morrisay E., 1981], «первичный поисковый полинаркотизм» [Битенский В. С., Херсонский Б. Г., 1987]. Все эти термины обозначают употребление нескольких средств.

Для подростков характерен именно первичный поисковый полинаркотизм — они нередко пробуют действие различных токсических веществ прежде, чем остановиться на предпочитаемом или отвергнуть аддиктивное поведение вовсе.

Как наиболее частое у подростков отмечено сочетание злоупотребления алкоголя с различными наркотическими и другими токсическими веществами [Гебхарт Я., Венцовский Е., 1986; Repetto A. et al., 1986; Welte J., Barnes G., 1987], в особенности со средствами бытовой химии [Пятницкая И. Н., 1967], а также кодеина с ноксироном или опия с гашишем [Ураков И. Г. и др., 1981].

В США особенно характерной считается определенная последовательность злоупотребления, когда одно средство наслаивается на другое: за алкоголем следует марихуана, за ней — кокаин и затем галлюциногены [Semlitz L., Gold M., 1986; Westermeyer J., 1987].

Вероятно, наиболее правильным обозначением для злоупотребления различными веществами без зависимости от них могло бы быть «полисубстантное аддиктивное поведение». Полинаркотизм созвучен терминам, обозначающим наличие зависимости (алкоголизм, морфинизм и т. п.). Кроме того, полинаркотизм неточно обозначают случаи злоупотребления двумя и более веществами, не включенными в список наркотиков.

ПОЛИСУБСТАНТНОЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ НА ФОНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОДНОГО ИЗ СРЕДСТВ

Злоупотребление двумя и более средствами может быть на фоне уже ранее сформировавшейся мононаркомании или монотоксикомании. Кроме основного средства для злоупотребления, к другим прибегают эпизодически или одно новое сменяет другое. В подростковом возрасте можно выделить следующие виды подобного злоупотребления.

Поисковое полисубстантное аддиктивное поведение («первичный поисковый полинаркотизм») может продолжаться и на фоне уже сформировавшейся зависимости от какого-либо средства. Мотивировкой служат доводы вроде «решил попробовать», «ребята предложили».

Заместительное (викарное) злоупотребление осуществляется, когда при наличии зависимости от одного вещества подросток не может раздобыть «очередную дозу» и вынужден прибегнуть к другому средству. Например, при невозможности достать препараты опия прибегают к большим дозам транквилизаторов или к алкоголю.

Особенностью действия алкоголя на фоне опийной абстиненции является смягчение ее вегетативных проявлений (насморка, слезотечения, поноса, болей в животе, подъема артериального давления) при сохранении мышечных болей и дисфории. Алкогольное опьянение обычно протекает по дисфорическому типу.

Намеренный переход от более тяжелой наркомании к более легкой, отмеченный у взрослых, в подростковом возрасте не встречается.

Трансформация наркоманий и токсикоманий представляет собой переход от одного наркотика или иного токсического вещества к другому с целью испытать новые, более сильные ощущения. При этом обычно одна зависимость быстро сменяется другой. Например, подросток, пристрастившийся к курению гашиша, начав внутривенные вливания препаратов опия, может полностью забросить гашиш. Если подросток с бензиновой токсикоманией начинает алкоголизироваться, то у него довольно быстро развивается зависимость от алкоголя — ранний алкоголизм, а ингаляции бензином прекращаются.

Все подобные случаи не следует рассматривать как истинные полинаркомании или политоксикомании [Бабаян Э. А., 1988].

Потенцирующее злоупотребление сводится к применению дополнительных средств, усиливающих действие основного. Например, алкогольное опьянение усиливают добавлением димедрола или транквилизаторов, а действие опийных

препаратов усиливалось и пролонгировалось с помощью ноксирона.

Частота различных сочетаний, по данным обследования более 200 подростков-наркоманов [Битенский В. С. и др., 1989], составила:

	%
опий+гашиш	35
опий+транквилизаторы	19
опий+гашиш+транквилизаторы	13
опий+эфедрон	4
гашиш+транквилизаторы	19
гашиш+галлюциногены	6
другие сочетания	4

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Все наркотики и токсические вещества отнимаются одномоментно. Исключение составляют ноксирон и барбитураты. Дозы этих веществ снижаются постепенно в связи с опасностью эпилептических припадков во время абстиненции. В качестве противосудорожного средства предложено использовать феназепам — до 4—8 мг в сутки [Ураков И. Г. и др., 1981].

В остальном лечение не отличается от описанного в предыдущих главах.

ПРИЛОЖЕНИЕ

СЛОВАРЬ РУССКОГО СЛЕНГА ПОДРОСТКОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКАМИ И ДРУГИМИ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ [1]

Балдеж — сильное опьянение с оглушенностью, нередко достигается сочетанным действием алкоголя с транквилизаторами

Баш — доза гашиша, обычно около 1 г

Бомбить холодильник — поедать все съестные припасы в нем при сильном чувстве голода, возникающем в конце гашишного опьянения

Брейкеры — подростки, страстно увлеченные «брейк-дансом» — сочетанием танца, элементов художественной гимнастики, акробатики, дзюдо, каратэ и пантомимы; обычно уклоняются от алкоголя и наркотиков (см. стр. 47)

Вечерние «хиппи» — подростки, подражающие «хиппи» по вечерам, но в дневное время продолжающие учиться или работать

Глюки — галлюцинации или онейроидные переживания, вызванные ингалянтами или циклодолом: «поймать глюки» — вызвать их с помощью этих средств

Гонец — член группы наркоманов, занимающийся переноской и перевозкой наркотиков

Гребенка — особая прическа у панков

Дед — лидер подростковой группы, обычно старший по возрасту

Держать на поводке — удерживать члена группы наркоманов в рабской зависимости за денежные долги

Джеф — эфедрон

Дима — димедрол

Долг — объявленная лидером группы наркоманов сумма денег (обычно значительная и сильно преувеличенная), которую ему «должен» каждый член группы

Дурь — гашиш

Кайф — блаженное состояние с эйфорией

Качалка — скрытое помещение (часто подвал) для совместных силовых гимнастических упражнений и борьбы («накачивания мышц»); здесь же могут делать инъекции анаболических стероидов

Кинуть — ввести какое-либо средство внутривенно

Ко́да — кодеин

Коза́ — знак приветствия у «металлистов» (неформальной группировки, увлекающихся тяжелым металлическим роком и обилием металлических украшений на костюме) в виде оттопыренных мизинца и указательного пальца поднятой руки

Кокна́р — отвар молодых головок мака, который концентрируют выпариванием и полученный препарат вводят внутривенно

Коктейль Джеф — эфедрон

Колеса — любые препараты в виде таблеток

Косяк — сигарета с гашишем

---

[1] Аналогичный словарь английского сленга представлен в книгах E. Landy «The underground dictionary» (New York, 1971); R. Lingeman «Drugs from A to Z: a dictionary» (New York, 1974).

Кролик — самый зависимый от всех членов группы наркоманов, которого
за «долги» используют для испытания действия самодельных препаратов
Куб — 1 мл раствора
Кукна́р — то же, что кокнар
Кума́р — то же, что «ломка», т. е. абстиненция
Ломка — абстиненция на II стадии опийной наркомании (название про-
исходит от ломящей боли в мышцах)
Люберы — так же, как аналогичные группы с иными названиями,
отличаются культом физической силы с целью расправы с находящимися, с их
точки зрения, в более привилегированном положении сверстниками; бывают
склонны к злоупотреблению анаболическими стероидами (см. стр. 49).
Мажо́ры — группа стремящихся к «роскошному» образу жизни (ресто-
раны, вечеринки на комфортабельных загородных дачах и богато обставлен-
ных квартирах, дорогая импортная одежда); деньги нередко добывают фар-
цовкой; склонны к выпивкам, эпизодическому курению гашиша
Мария — опий
Марфа — морфин
Марцефаль — эфедрон
Марьянка — опий
Машина — шприц
Металлисты — неформальные группировки подростков, увлекающихся
музыкой в стиле «тяжелый металлический рок» и атрибутикой в виде мно-
жества металлических украшений на костюме (см. стр. 45).
Мулька — эфедрон
Мультики — галлюцинации в виде подвижных маленьких человечков и
зверюшек, напоминающие мультипликационные фильмы. Возникают при
действии ингалянтов
Мурцовка — эфедрон
Но́кса — ноксирон
Омолодиться — снизить толерантность к наркотику, намеренно для этого
перенеся абстиненцию
Опиуха — опий
Отврат — необычная тяжелая реакция на привычную дозу наркотика
в виде дурноты, рвоты, обморока
Отруб — опьянение с последующей полной амнезией
Панки — неформальные группировки с активным агрессивным проте-
стом старшему поколению и благополучным сверстникам; провозглашают не-
нависть к людям и вседозволенность, стремятся вызвать к себе страх и не-
приязнь (см. стр. 44).
Па́риться — вдыхать пары ингалянтов
Паха́н — главарь группы, обычно с уголовным прошлым
План — гашиш
Понимать — умение уловить и с наиболее приятными ощущениями пере-
жить наркотическое опьянение
По́пперы — подростки, группирующиеся около дискотек с целью раз-
влечения, выпивок, «кайфа», сексуальных контактов и хвастовства импорт-
ной одеждой друг перед другом (см. стр. 46)
Приход — вегетативная реакция и выраженная эйфория сразу же после
внутривенного вливания наркотика
Раскума́р — купирование абстиненции дозой наркотика, не вызывающей
наркотического опьянения; «доза на раскумар» — минимальное количество
наркотика, необходимое для устранения тягостных явлений абстиненции
Рокеры — подростки, увлеченные бешеной ездой на мотоцикле и этим
проявляющие протест старшим (см. стр. 48)
Сезон — млечный сок с головок мака, собранный для приготовления
растворов, используемых для внутривенного вливания
Сенцо́ — маковая соломка
Сесть на иглу — пристраститься к внутривенным вливаниям

Сесть на хвост — привязаться к другому наркоману для того, чтобы тот бесплатно делился наркотиком

Сломать кайф — надоедать и приставать к наркоману в момент наркотического опьянения, мешая ему насладиться

Солома — молотые на мясорубке головки мака, которые поедают обычно в виде кашицы с молоком

Сонники — транквилизаторы

Стекло — ампулированные препараты

Стриптиз — визуализация сексуальных фантазий при действии ингалянтов

Та́ска, тащить — испытывать опийное опьянение

Торчать — испытывать эйфорию, «кайф»

Труханéц — лихорадочная реакция с сильным ознобом после внутривенного вливания самодельных препаратов, богатых примесями

Турья́к — опий

Тусо́вка — сборище компании подростков с поверхностным общением, во время которого могут совместно использоваться наркотики и другие токсические вещества

Учитель — опытный наркоман, обучающий приготовлению самодельных препаратов и пользованию ими

Фана́ты — страстные почитатели какой-либо спортивной команды или эстрадного ансамбля (см. стр. 50)

Фарцовка — незаконная перепродажа импортных вещей

Фéнсы — то же, что фанаты

Флет — квартира, где подростки могут собираться в отсутствие взрослых

Ха́нка — опий

Хата — квартира или помещение для выпивок, злоупотребления наркотиками и другими токсическими веществами, а также для сексуальных контактов

Химия — «солома», т. е. молотые на мясорубке головки мака, обработанные нашатырным спиртом и ацетоном; полученная жидкость после выпаривания вводится внутривенно

Хиппи — неформальные группировки, для которых характерен пассивный протест старшему поколению, его идеалам и духовным ценностям: нарочитое пренебрежение одеждой, чистотой тела, показное миролюбие, провозглашение «свободной любви» и т. п. Нередко прибегают к наркотикам — гашишу, опию и др. (см. стр. 42)

Ходить во флаге — носить одежду и обувь советского производства, как правило, значительно уступающую по качеству и красоте импортной из капиталистических стран.

Чи́фир — очень крепкий отвар чая (обычно 50 г на стакан воды)

Чу́хаться — чесаться вследствие сильного кожного зуда, возникающего после внутривенного введения опиатов

Шестерка — член группы, всем подчиненный и перед всеми заискивающий (от младшей карты в колоде)

Ши́рево — опиаты, вводимые внутривенно

Ши́рка — самодельный стимулятор, содержащий производные первитина, который включен в список наркотиков

Шмы́гаться — вводить что-либо внутривенно

Шустри́ла — член группы наркоманов, активный по добыче наркотиков

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ И РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ

Александров А. А. Роль микросоциальной среды в генезе алкоголизации подростков//Алкоголизм и экзогенные психозы.— Л., 1978.— С. 10—12.

Артемчук А. Ф. Алкоголизм у лиц молодого возраста.— Киев: Здоров'я, 1985.— 128 с.

Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология.— М.: Медицина, 1987.— 335 с.

Бокий И. В., Лапин И. П. Алкогольный абстинентный синдром.— Л., Медицина, 1976.— 120 с.

Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма.— М.: Изд-во МГУ им. М. В. Ломоносова, 1984.— 143 с.

Булотайте Л. И. Психологическая склонность к алкоголизации у подростков из семей больных алкоголизмом//Психопатические расстройства у подростков.— Л., 1987.— С. 77—80.

Булотайте Л. И., Дембинскас А. А. Склонность к алкоголизации у подростков из семей больных алкоголизмом//Проблемы пьянства и алкоголизма.— Вильнюс, 1987.— С. 18—21.

Буторина Н. Е., Мовчан Н. Г., Казаков В. С. и др. Особенности начальных проявлений алкоголизма у подростков (Социально-психологический и клинический аспекты)//Журн. невропатол. и психиатр.—1978.— Вып. 10.— С. 1569.—1572.

Буторина Н. Е. К клинической и прогностической оценке злоупотребления спиртными напитками в подростковом возрасте//Клинические аспекты алкоголизма в подростковом и юношеском возрасте.— М., 1982.— С. 30—35.

Воротилина Т. А. Выявление контингента учащихся ПТУ с повышенным риском алкоголизации с помощью ПДО//Аффективные нарушения при алкоголизме.— Л., 1983.— С. 79—83.

Врублевский А. Г. Клинические варианты алкоголизма//Вопр. наркологии.— 1988.— № 2.— С. 24—28.

Гордийчук С. А. Алкогольные психозы у подростков и юношей: сезонность возникновения и приуроченность госпитализации ко времени суток//Неотложная наркология.— Харьков, 1987.— С. 70—74.

Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., Саванюк М. Г. Вопросы профилактики алкоголизма у подростков и оказания им наркологической помощи//Вопросы организации психиатрической и наркологической помощи подросткам.— Тамбов, 1984.— С. 89—92.

Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин.— Л.: Медицина, 1988.— 224 с.

Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм.— М.: Медицина, 1980.— 272 с.

Дробышев В. В. Медико-социальные особенности алкоголизма у учащихся сельских профессионально-технических училищ//Вопр. наркологии.— 1988.— № 3.— С. 42—44.

Егоров В. В. Делинквентные подростки женского пола: алкоголизация и профилактика раннего алкоголизма//Актуальные вопросы наркологии.— Полтава, 1986.— С. 59—61.

Ерышев О. Ф., Красильников А. М., Вид В. Д. и др. Спонтанные ремиссии при алкоголизме//Ремиссии при алкоголизме.— Л., 1987.— С. 25—33.

Жариков Н. М., Логинова М. С., Чубаровский В. В. Особенности возникновения ранних форм алкоголизации у подростков — учащихся ПТУ и средних специальных учебных заведений (по данным клинико-эпидемиологического исследования)//Актуальные вопросы наркологии.— Кишинев, 1986.— С. 55—56.

Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости.— Новосибирск: Наука, 1988.— 198 с.

Иванец Н. Н., Игонин А. Л. Клиника алкоголизма//Алкоголизм. Руководство для врачей/Под ред. Г. В. Морозова и др.— М., 1983.— С. 75—138.
Иванец Н. Н., Нойман И. (Neumann J.). Ранний или подростковый алкоголизм.//Руководство по психиатрии/Под ред. Г. В. Морозова.— М., 1988.— Т. 2.— С. 127.
Иванов Н. Я. Медико-психологический метод выявления контингента повышенного риска развития раннего алкоголизма, невротических и психопатических нарушений среди учащихся средних специальных учебных заведений//Актуальные проблемы медицинского обеспечения студентов и учащихся.— М., 1985.— С. 66—67.
Игонин А. Л., Сидоров П. И. Всесоюзный семинар по проблемам подростковой наркологии//Вопр. наркологии.— 1988.— № 4.— С. 57—58.
Игонин А. Л. Результаты сравнительного изучения преморбидного периода больных алкоголизмом подросткового и зрелого возраста//Вопр. наркологии.— 1989.— № 1.— С. 18—22.
Илюнин В. Д. Некоторые особенности клиники и течения алкоголизма у психически больных подростков 15—18-летнего возраста//Результаты экспериментальных и клинических исследований.— М., 1976.— С. 74—75.
Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте/Под ред. Г. Н. Соцевич и др.— М.: Изд-во Моск. ин-та психиатрии, 1982.— 134 с.
Ковалев В. В., Немцов А. В. Состояния и перспективы научных исследований в области алкоголизма//Сов. мед.— 1987.— № 4.— С. 3—11.
Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты.— Минск: Беларусь, 1988.— 208 с.
Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Профилактика алкоголизма.— М.: Медицина, 1986.— 240 с.
Короленко Ц. П., Макаров В. В. Мотивация и формы употребления алкоголя подростками//Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте.— М., 1982.— С. 43—50.
Кочеткова Р. В. Результаты анонимного опроса учащихся по поводу потребления алкоголя//Вопросы организации психиатрической и наркологической помощи подросткам.— Тамбов, 1984.— С. 99—100.
Кошкина Е. А., Кузнец М. Е., Петракова Т. И. и др. Социально-психологические аспекты профилактики употребления алкоголя девушками//Вопр. наркологии.— 1988.— № 3.— С. 47—51.
Красик Е. Д., Москвитин П. Н. Сравнительная распространенность пьянства и алкоголизма среди населения крупного промышленного города Западной Сибири//Вопр. наркологии.— 1988.— № 4.— С. 21—24.
Крылов Д. Н., Кулакова Т. П. Организационные принципы раннего выявления и профилактики алкоголизации подростков//Вопр. наркологии.— 1988.— № 3.— С. 44—47.
Кулаков С. А. Система факторов, влияющих на формирование мотивационной сферы подростков, злоупотребляющих алкоголем//Медико-биологические проблемы алкоголизма.— Воронеж, 1987.— С. 247—249.
Лежепекова Л. Н., Капанадзе В. Г., Рубина Л. П. и др. Организация профилактики и лечения алкоголизма у подростков//Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом.— М., 1979.— С. 63—69.
Личко А. Е. Алкоголизация и профилактика алкоголизма у подростков с аномалиями характера//Патогенез, клиника и лечение алкоголизма.— М., 1976.— С. 163—165.
Личко А. Е., Александров А. А., Вдовиченко А. А. и др. Подростки с повышенным риском алкоголизации (К проблеме психопрофилактики алкоголизма)//Лечение и реабилитация больных алкоголизмом.— Л., 1977.— С. 50—54.
Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— 2-е изд., доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей.— 2-е изд., доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1985.— 416 с.

Личко А. Е., Лавкай И. Ю. Метод раннего выявления подростков и юношей с высоким риском алкоголизации в целях первичной профилактики алкоголизма//Журнал невропатологии и психиатрии.— 1987.— Вып. 2.— С. 247—249.

Макаров В. В., Литвинов И. А., Кухтинова Н. В. и др. Употребление алкоголя старшеклассниками, учащимися техникумов и некоторые аспекты первичной профилактики алкоголизма//Медицинские и социально-психологические аспекты алкоголизма.— Новосибирск, 1988.— С. 36—40.

Морозов Г. В., Качаев А. К. Эпидемиологические данные к этиологии алкоголизма//Проблемы алкоголизма.— М., 1976.— Вып. 2.— С. 40—49.

Морозов Г. В. Клиника алкогольного опьянения//Алкоголизм. Руководство для врачей/Под ред. Г. В. Морозова и др.— М., 1983.— С. 30—47.

Москаленко В. Д., Дроздов Э. С. Семейная реабилитация подростков, страдающих хроническим алкоголизмом//Вопросы организации психиатрической и наркологической помощи подросткам.— Тамбов, 1984.— С. 102—104.

Муратова И. Д., Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Клинико-социальный подход к этиопатогенезу алкоголизма в подростково-юношеском возрасте//Актуальные вопросы социальной психиатрии.— М., 1979.— С. 105—113.

Муратова И. Д., Сидоров П. И. Эффективность противоалкогольного лечения подростков по данным катамнестического исследования//Лечение алкоголизма.— Саратов, 1980.— С. 84—88.

Найденова Н. Г. Некоторые вопросы раннего клинического проявления алкоголизма у подростков//Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте.— М., 1982.— С. 64—70.

Нелидов А. Л. Некоторые социально-психологические механизмы возникновения юношеского алкоголизма//Журн. невропатол. и психиатр.— 1978.— Вып. 2.— С. 256—260.

Попов Ю. В. Патохарактерологические реакции в юношеском возрасте//Журн. невропатол. и психиатр.— 1986.—Вып. 11.— С. 1659—1662.

Попов Ю. В. Профилактика алкоголизма у подростков с девиантным поведением.//Ремиссии при алкоголизме.— Л., 1987.— С. 115—118.

Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма.— Л.: Медицина, 1971.— 392 с.

Пятницкая И. Н. Реабилитация подростков, злоупотребляющих алкоголем//Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом.— М., 1979.— С. 56—60.

Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма.— М.: Медицина, 1988.— 288 с.

Пятов М. Д., Шумский Н. Г. Возрастные аспекты алкоголизма: Алкоголизм в подростковом и юношеском возрасте.//Алкоголизм. Руководство для врачей.— М., 1983.— С. 176—185.

Резник В. А. Медико-психологические аспекты девиантного поведения у подростков, проживающих в регионе с суровым климатом//Психопатические расстройства у подростков.— Л., 1987.— С. 55—58.

Семке В. Я., Авдеенко А. А., Бабушкина Л. У. и др. К проблеме клинико-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков//Журн. невропатол. и психиатр.— 1982.— Вып. 10.— С. 1517—1523.

Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Десятилетний катамнез ранних форм алкоголизма//Пятый Всерос. съезд невропатол. и психиатр.— М., 1985.— Т. 2.— С. 121—123.

Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Медико-социальная характеристика подростков женского пола с ранним алкоголизмом//Журн. невропатол. и психиатр.— 1987.— Вып. 10.— С. 1543—1547.

Соцевич Г. Н. К проблеме алкоголизации в подростковом возрасте//Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте.— М., 1982.— С. 7—14.

Соцевич Г. Н., Энтин Г. М. Современные проблемы организации наркологической помощи подросткам//Вопросы организации психиатрической и наркологической помощи подросткам.— Тамбов, 1984.— С. 79—84.

Соцевич Г. Н., Магалиф А. Ю., Крылов Е. Н. Роль наследственного, средового и соматического факторов в формировании начальных проявлений алкоголизма у подростков//Алкоголизм и наследственность.— М., 1987.— С. 144—146.

Сочнева З. Г., Озола М. Я., Андрезиня Р. А. и др. Некоторые результаты изучения эффективности противоалкогольной санитарно-просветительной работы среди учащейся молодежи//Актуальные вопросы психиатрии.— Таллинн, 1984.— Т. 2.— С. 157—158.

Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г. Медико-психологические аспекты формирования алкогольной зависимости у подростков//Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями.— Л., 1978.— С. 56—61.

Сухарев А. В. О возможности замещения психологической потребности в алкоголе у подростков//Психологические проблемы антиалкогольного воспитания детей, подростков и юношества.— М., 1987.— С. 106—116.

Ураков И. Г., Власова И. Б. Возрастные аспекты начального этапа формирования женского алкоголизма//Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте.— М., 1982.— С. 51—53.

Целибеев Б. А., Ланда А. Н. К проблеме пьянства и алкоголизма у несовершеннолетних//Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте.— М., 1982.— С. 38—42.

Чудновский В. С. Алкоголизм у подростков//Алкоголизм.— Ставрополь, 1988.— С. 17—20.

Шаломайко Ю. В. Становление алкоголизма как болезни//Вопросы социальной и клинической психоневрологии.— М., 1973.— С. 221—224.

Шурыгин Г. И. Проявление ранней алкоголизации у детей от родителей, страдающих алкоголизмом//Нарушения поведения у детей и подростков.— М., 1981.— С. 130—138.

Энтин Г. М., Пахтер А. С. Активное выявление больных хроническим алкоголизмом подросткового возраста и организация наркологической помощи подросткам//Клинические аспекты алкоголизма в подростковом возрасте.— М., 1982.— С. 103—109.

Black C., Bucky S. F., Wilder-Padilla S. The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic//Int. J. Addict.— 1986.— Vol. 21, No 2.— P. 213—231.

Bohman M., Sigvardsson S., Cloninger C. R. Maternal inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted women//Arch. gen. Psychiat.— 1981.— Vol. 38, No 9.— P. 965—969.

Clayton R. R., Ritter C. The epidemiology of alcohol and drug abuse among adolescents//Adv. Alc. Subst. Abuse.— 1985.— Vol. 4, No 3/4.— P. 69.

Coombs R. H. Drinking patterns and problem among female children and adolescents//Amer. J. Drug. a. Alcohol Abuse.— 1985.— Vol. 11, No 3/4.— P. 315—348.

Demme K. Über den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes.— Stuttgart: S. n., 1891.— 154 S.

Goodwin D. W. Alcoholism and genetics. The sins of the fathers//Arch. gen. Psychiat.— 1985.— Vol. 42, No 2.— P. 171—174.

Hagnell O., Isberg P., Lanke J. et al. Predictors of alcoholism in the Lundby study. III. Social risk factors for alcoholism//Europ. Arch. Psychiat. a. Neurol. Sci.— 1986.— Vol. 235, No 4.— P. 197—199.

Harburg E., Davis D. R., Caplan R. Parent and offspring alcohol use. Imitative and aversive transmission.//Quart J. Stud. Alcohol.— 1982.— Vol. 43, No 5.— P. 497—516.

Hartocollis P. C. Personality characteristics in adolescent problem drinkers.

A comparative study//Amer. J. Acad. Child Psychiat.— 1982.— Vol. 21, No 4.— P. 348—353.

Ostrowska K. Mlodziez szkól ponadopodstawowych nadmiernie pijąca//Probl. Alkoholizmu.— 1981.— Vol. 28, No 1.— P. 3—6.

Rosenberg C. M. Young alcoholics//Brit. J. Psychiat.— 1969.— Vol. 115.— P. 181—188.

Schuckit M. A. Genetics and the risk for alcoholism//J. A. M. A.— 1985.— Vol. 254, No 18.— P. 2614—2616.

Schulsinger F., Knop J., Goodwin D. W. et al. A prospective study of young men at high risk for alcoholism//Arch. gen. Psychiat.— 1986.— Vol. 43, No 8.— P. 755—767.

Welch A. Coping with teen-age alcohol and drug users.— N. Y., 1977.

Welcox J. Adolescent alcoholism//J. Pyschoact. Drugs.— 1985.— Vol. 17, No 2.— P. 77—85.

Welte J., Barnes G. M. Alcohol use among adolescent minority groops//Quart. J. Stud. Alcohol.— 1987.— Vol. 48, No 4.— P. 329—336.

Workman-Daniels K. L., Hesselbrock V. M. Childhood problem bevavior and neuropsychological functioning in persons at risk for alcoholism//Quart. J. Stud. Alcohol.— 1987.— Vol. 48, No 3.— P. 187—193.

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Александров А. А. Употребление наркотиков при психопатиях и акцентуациях характера у подростков//Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи.— М., 1975.— С. 213—215.

Александровский А. Б. Самонаблюдение за мескалиновым отравлением.//Сов. невропатол., психиатр. и психогигиена.— 1934.— Т. 3, вып. 6.— С. 44—51.

Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология.— М.: Медицина, 1987.— 336 с.

Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании//Руководство по психиатрии/Под ред. Г. В. Морозова.— М., 1988.— Т. 2.— С. 169—218.

Бабаян Э. А., Булаев В. М. Фармакологические аспекты лечения наркоманий, вызываемых морфиноподобными средствами//Журн. невропатол. и психиатр.— 1989.— Вып. 1.— С. 134—139.

Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология.— М.: Изд-во I ММИ им. И. М. Сеченова, 1971.— 176 с.

Битенский В. С., Личко А. Е. Исследование мотивации при токсикоманиях у подростков как путь профилактики общественно опасных действий//Профилактика общественно опасных действий у психически больных.— Калуга, 1988.— С. 58—60.

Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В. и др. Наркомании у подростков.— Киев: Здоров'я, 1989.— 216 с.

Битенский В. С., Херсонский Б. Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков//Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 83—88.

Борохов А. Д., Исаев Д. Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола//Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 88—93.

Вдовиченко А. А. Патохарактерологическое исследование подростков, злоупотребляющих токсическими ингалянтами//Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 79—82.

Волкова Г. З., Лиленко М. Г. Психоорганический синдром у подростков, вызванный летучими токсическими веществами//Психопатические расстройства у подростков.— Л., 1987.— С. 47—50.

Врублевский А. Г., Рохлина М. Л., Власова И. Б. и др. Медико-социальный прогноз некоторых форм наркоманий//Вопр. наркологии.— 1988.— № 3.— С. 38—42.

Габиани А. А. Наркотизм вчера и сегодня.— Тбилиси: Сабиота Сакартвело, 1988.— 260 с.
Гебхарт Я., Венцовский Е. Злоупотребление наркотическими веществами среди молодежи ЧССР//Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии.— М., 1986.— С. 54—57.
Глазов А. А., Кузнец М. Е., Полубояринов А. А. и др. Система раннего выявления и профилактика алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в средних учебных заведениях//Вопр. наркологии.— 1989.— № 3.— С. 42—46.
Гульдан В. В., Романова О. Л., Корсун А. М. и др. Психологическое изучение опыта употребления одурманивающих веществ подростками с нарушениями поведения//Вопр. наркологии.— 1989.— № 1.— С. 38—42.
Гульдан В. В., Романова О. Л., Корсун А. М. и др. Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании//Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 68—74.
Егоров В. В., Седых С. Н. Патохарактерологическое исследование подростков, больных наркоманией//Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения психических заболеваний.— Полтава, 1988.— С. 19—21.
Егоров В. Ф., Врублевский А. Г., Воронин К. Э. Опыт профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в Швеции//Вопр. наркологии.— 1989.— № 1.— С. 48—51.
Егорова Е. В. Результаты катамнестического исследования больных наркоманией//Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения психических заболеваний.— Полтава, 1988.— С. 23—24.
Заленская Л. М., Смолякова М. М. Новая форма токсикоманий у детей//Редкие и труднодиагностируемые нервно-психические заболевания и синдромы.— Пермь, 1980.— С. 94—95.
Зефиров С. Ю. Особенности психопатологической картины при интоксикации ингалянтами у подростков, больных шизофренией//Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики.— Л., 1988.— С. 16—17.
Зефиров С. Ю. Предложения по улучшению специализированной помощи подросткам, употребляющим пары ароматических веществ в качестве ингалянтов//Проблемы совершенствования медицинской помощи населению г. Ленинграда.— Л., 1988.— С. 160—161.
Илешева Р. Г., Измайлова Н. Т. Общественно опасные действия больных шизофренией, осложненной интоксикацией гашишем//Профилактика общественно опасных действий психических больных.— Калуга, 1988.— С. 33—34.
Князев Ю. Н. Анализ медико-социологического обследования учащихся школ, ПТУ и техникумов г. Бобруйска//Вопр. наркологии.— 1988.— № 4.— С. 35—36.
Коломеец А. А. Об этиологических факторах наркоманий//Вопр. наркологии.— 1989.— № 1.— С. 34—38.
Колотилин Г. Ф., Михайлов В. И. Клинико-катамнестическое изучение гашишизма, начавшегося в подростковом возрасте//Алкоголизм и неалкогольные токсикомании.— М., 1981.— С. 38—41.
Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю. Мотивы аддиктивного поведения у токсикоманов//Психологическая наука и практика.— Новосибирск, 1987.— С. 328.
Лежава Г. Г., Ханаева З. С. Нейрофизиологическое исследование влияния органических растворителей на центральную нервную систему//Вопр. наркологии.— 1989.— № 2.— С. 13—21.
Личко А. Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания//Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л., 1977.— С. 61—70.
Личко А. Е. Абортивные приступы («зарницы») шизофрении у подростков//Шизофрения у подростков.— Л., 1989.— С. 132—135.
Личко А. Е., Сушко В. В., Иванов Н. Я. Исследование информированности

молодежи о наркотиках как предпосылка для профилактики наркоманий//Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 60—64.

Личко А. Е., Чебураков С. Ю. Об особенностях акцентуации характера у подростков, злоупотребляющих токсическими и наркотическими веществами//Актуальные вопросы психиатрии и наркологии.— Таллинн, 1989.— Т. 2.— С. 118—119.

Лукачер Г. Я., Врублевский А. Г., Ласкова Н. Б. и др. Эфедроновая наркомания//Журн. невропатол. и психиатр.— 1987.— Вып. 5.— С. 751—757.

Лукачер Г. Я., Макшанцева Н. В. Особенности формирования наркоманий и токсикоманий у подростков//Журн. невропатол. и психиатр.— 1988.— Вып. 9.— С. 114—118.

Лукачер Г. Я., Макшанцева Н. В. Характеристика подростков, злоупотребляющих наркотическими и токсикоманическими средствами (клинико-социологическое исследование)//Журн. невропатол. и психиатр.— 1989.— Вып. 8.— С. 117—121.

Лыткин В. М., Нечиповеренко В. В. Сравнительная характеристика личностных расстройств при психопатиях и наркоманиях у лиц молодого возраста//Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики.— Л., 1988.— С. 36—37.

Макаров В. В., Киселева Л. И. Методические рекомендации по наркологии.— Красноярск: Изд-во мед. ин-та, 1989.— 98 с.

Мильштейн Г. И., Спивак Л. И. Психотомиметики.— Л.: Медицина, 1971.— 160 с.

Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Морфинизм.— М.: Медицина, 1984.— 176 с.

Москвичев В. Г. Клинические аспекты ингаляционного употребления подростками средств бытовой и промышленной химии//Вопр. наркологии.— 1988.— № 2.— С. 29—33.

Найденова Н. Г. Некоторые клинические аспекты эфедроновой наркомании// Вопр. наркологии.— 1988.— № 1.— С. 31—33.

Озерецкий Н. И. Трудновоспитуемые дети. Имущественные правонарушения у детей и подростков.— М.: Л.— Учпедгиз, 1932.— 224 с.

Попов Ю. В. Особенности психотерапии при ранней алкоголизации и токсикоманическом поведении подростков с психопатическими расстройствами// Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 62—68.

Пятницкая И. Н. Клиническая наркология.— Л.: Медицина, 1975.— 334 с.

Пятницкая И. Н. Профилактика токсикоманий у подростков: задачи наркологии и психиатрии//Вопр. наркологии.— 1988.— № 1.— С. 43—47.

Резник В. А. Некоторые практические аспекты групповой психотерапии при токсикоманическом поведении у подростков//Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 122—128.

Рончевский С. П. Вопросы патофизиологии и клиники галлюцинаций.— Л.: Изд-во ВМА, 1941.— 88 с.

Сидоров П. И., Лушев Н. Е. Некоторые особенности бензиновой токсикомании у подростков с резидуально-органической недостаточностью//Конференция детских невропатологов и психиатров РСФСР.— М., 1983.— С. 151—153.

Сидоров П. И., Никифоров И. А. Проблемы подростковой наркологии//Вопр. наркологии.— 1989.— № 3.— С. 22—26.

Снежневский А. В. Nosos et pathos schizophreniae. //Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование.— М., 1972.— С. 5—15.

Спивак Л. И., Райский В. А., Виленский Б. С. Осложнения психофармакологической терапии. — Л.: Медицина, 1988.—168 с.

Станкушев И. Т. Наркомании.— София: Медицина и физкультура, 1982.— 220 с.

Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркоманий.— М.: Медгиз, 1956.— 346 с.

Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г. Диагностика токсикоманических заболеваний в подростковом возрасте//Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии.— Рига, 1979.— С. 58—59.

Тарас А. Е. Направленность личности несовершеннолетних, склонных к потреблению наркотиков//Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних.— Минск, 1987.— С. 15—23.

Трайнина Е. Г. Особенности аутоагрессивных проявлений у подростков с эпизодической интоксикацией//Аффективные нарушения при алкоголизме.— Л., 1983.— С. 38—45.

Узлов Н. Д. Роль хронической бензиновой интоксикации в формировании алкогольной зависимости у подростков//Актуальные вопросы психиатрии и наркологии.— Пермь, 1984.— Т. 1.— С. 120—122.

Ураков И. Г., Колесников А. А. Прогнозирование темпа течения гашишной наркомании на раннем этапе ее формирования//Вопросы ранней диагностики и лечения нервных и психических заболеваний.— Каунас, 1979.— С. 269—270.

Ураков И. Г., Дудко Т. Н., Пузиенко В. А. Особенности формирования, течения и терапии поли- и осложненных опийных наркоманий в возрастном аспекте. Методические рекомендации.— М.: Изд-во МЗ СССР, 1981.—16 с.

Федотов Д. Д., Чудин А. С., Саркисов С. А. Некоторые особенности холинолитических психозов у детей и подростков//Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста.— М., 1976.— С. 166—168.

Херсонский Б. Г. Татуировки в наркологической клинике//Научно-практическая конференция по вопросам комплексного лечения больных.— Одесса, 1985.— С. 108.

Цолуне М. К., Дзола М. Я., Кунга Б. А. и др. Сравнительная характеристика первичных и вторичных токсикоманий//Специализированная медицинская помощь при неотложных состояниях.— Рига, 1981.— С. 116—119.

Шеин С. А., Чугунова Т. Л. Возможности психологической диагностики и коррекции подростково-юношеской наркомании//Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних.— Минск, 1987.— С. 24—31.

Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Черемисин О. В. Исследование образа «Я» у подростков с аддиктивным поведением//Психологические исследования и психотерапия в наркологии.— Л., 1989.— С. 74—79.

Altenkirch H. Schnüffelsucht und Schnüffelerneuropathie — Berlin; Heidelberg; New York, 1982.— 93 S.

American psychiatric glossary.— Washington: Amer. Psychiat. Press Inc., 1988.— 217 p.

Avico U., Pocchiari F., Zuccaro P. et al. Prevalence of opiate use among young men in Italy//Bull. Narcot.— 1983.— Vol. 35, No 3.— P. 63—71.

Boyd Ph. Heroin addiction in adolescents//J. Psychosomat. Res.— 1970.—Vol. 14, No 3.— P. 295—301.

Boyd Ph. Drug abuse and addiction in adolescents//Modern perspectives in adolescent psychiatry/Ed. J. G. Howells.— Edinbourgh, 1971.— P. 290—328.

Boyle M. H., Offord D. R. Smoking, drinking and use of illicit drug among adolescents in Ontario: prevalence, pattern of use and sociodemographic correlates//Canad. Med. Ass. J.— 1986.— Vol. 135, No 10.— P. 1113—1121.

Bratfos O. The course of narcomanie in adolescence. A comparison of psychiatric inpatients with and withaut drug abuse//Acta psychiat. scand.— 1980.— Vol. 61, No 2.— P. 157—163.

Brook J. S. Stability of personality during adolescence and its relationship to stage of drug use//Genet. Soc. and Gener. Psychol. Monogr.— 1985.— Vol. 3, No 3.— P. 319—330.

Cadoret R. J., Troughton E., O'Gorman Th. W. et al. An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse//Arch. gen. Psychiat.— 1986.— Vol. 43, No 12.— P. 1131—1136.

Cekiera C. Toksikomania.— Warszawa: Panstw. Wyd., 1985.— 300 p.
(Colozi B.). Коложи Б. Проблема наркоманий в Венгрии//Вопр. наркологии.— 1988.— № 3.— С. 36—38.
Connell P. H. Clinical aspects of amphetamine dependence//Adolescent drug dependence/Ed. C. W. M. Wilson.— L.: Pergamon Press, 1968.— 256 p.
Diagnostic and statistical manual of mental disorders.— 3d ed., revised (DSM-III-R).— Washington: Amer. Psychiat. Ass., 1987.— 567 p.
Dias C. A., Pólvora F. F. Drug addiction among adolescents//Bull. Narcotic.— 1983.— Vol. 35, No 3.— P. 81—86.
Drug dependence, its significance and characteristics//Bull. Wld Hlth Org.— 1986.— Vol. 32.— P. 721—723.
Duché D. I. Inhalation des solvents chez les pre-adolescents//Neuropsychiatrie de l'énfance.— 1988.— Vol. 36, No 2.— P. 49—53.
Goldberg L. Drug use in Sweden//U. N. Bull. Narcot.— 1968.— Vol. 20, No 1.— P. 12—42.
Haastrup S., Jensen P. W. Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts// Acta psychiat. scand.— 1988.— Vol. 77, No 1.— P. 22—26.
Hell D., Battegay R. et al. Persönliche Motivation, Milieufactoren und Ausmass des Drogenkonsums von Jugendlichen.//Nervenarzt— 1976.— Bd 47, H. 6.— S. 402—406.
Holmberg M. B. Longitudinal studies of drug abuse in fifteen-year old population//Acta psychiat. scand.— 1985.— Vol. 71, No 1.— P. 67—79; No 3.— P. 207—210.
Honer W. G., Gewirtz G., Turey M. Psychosis and violence in cocaine smokers//Lancet.— 1987.— Vol. 2, No 8556.— P. 451—457.
Jalali B., Jalali M., Crocetti G. et al. Adolescents and drug use: toward a more comprehensive approch//Amer. J. Orthopsychiat.— 1981.— Vol. 51, No 1.— P. 120—130.
Johnston L. D., Bachman J., O'Malley P. Student drug use, attitudes and beliefs 1975—1982.— Univ. Michigan: Center for social research, 1982.— 64 p.
Johnston L. D., O'Malley P., Bachman J. Drugs and american high school students 1975—1983.— Rockville, Maryland (USA): National Inst. on Drug Abuse, 1984.— 72 p.
Kandel D. B., Adler I., Sudit M. The epidemiology of adolescent drug use in France and Israel//Amer. J. Public Health.— 1981.— Vol. 71, No 3.— P. 256—265.
Keeler M. H. Motivatin for marihuana use; a correlate of averse reaction// Amer. J. Psychiat.— 1968.— Vol. 125, No 3.— P. 386—390.
Kellam S. G., Ensminger M. E., Simon M. B. Mental health in first grade and teenage drug, alcohol and cigarette use//Drug und Alcohol Depend.— 1980.— Vol. 5, No 4.— P. 273—304.
Klepel H., Kühne G. E., Conrad C. et al. Kasuistischer Beitrag zur Benzininhalation im Kindesalter//Psychiat. Neurol. u. med. Psychol. (Lpz.)— 1981.— Bd 33, No 8.— S. 464—467.
Knopf I. J. Abnormalities of adolescent and youth: delinquency, drug abuse and suicide//Childhood psychopathology: a developmental approch. 2d ed., New Jersey: Prentice Hall Inc., 1984.— P. 360—402.
Kozel N. Epidemiology of drug abuse: an overview//Science.— 1986.— Vol. 234, No 4779.— P. 970—974.
Ladewig D. Les toxicomanie en Europe//Bull. Soc. Sci. med. Luxemburg.— 1972.— Vol. 109, No 1.— P. 61—65.
Landry M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substance use disorder//J. Psychiat. Drugs.— 1987.— Vol. 19, No 4.— P. 379—381.
Lingeman R. R. Drugs from A to Z: a dictionary.— 2 ed.— N. Y.: Mc Graw-Hill Book Co, 1974.
Macnair A. What to do about drug abuse//Lancet.— 1986.— N. 8510— P. 811.

Macura T. Wirusowe zapalenie watroby (WZW) u narkomanów//Wiad. lek.— 1986.— T. 39, No 22.— P. 1513—1516.
Maddux J. F., Desmond D. P. New light on the hypothesis in opioid dependence//Bull. Narcot.— 1980.— Vol. 32, No 1.— P. 15—25.
McLellan A. T., Childres A. R., Griffith J. et al. The psychiatrically severe drug abuse patient: methadone maintenance or therapeutic community?//Amer. J. Drug. a. Alcohol Abuse.— 1984.— Vol. 10, No 1.— P. 77—98.
Meltzer S. D., Katz S. E. Methadone patients: dosage, psychopathology and research participation//Int. J. Addict.— 1980.— Vol. 15, No 7.— P. 1097—1102.
Milgram G. G., Griffin T. What, when and how to talk to students about alcohol and other drugs.— Center City, Minnesota (USA): Hazelden, 1968.— 88 p.
Miller W. Addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity.— Oxford ets.: Pergamon Press, 1984,.— 353 p.
Mohan D., Rustagi P. K., Sunderam K. R. Relative risk of adolescent drug abuse. Part 1. Socio-demographic and interpersonal variables//Bull. Narcot.— 1981.— Vol. 33, No 1.— P. 1—8.
Nagahama M. A review of drug abuse and counter measures in Japan since World War II//U. N. Bull. Narcot.— 1968.— Vol. 20, No 3.— P. 19.
Noble P., Hart T., Nation R. Correlates and outcome of illicit drug use by adolescent//Brit. J. Psychiat.— 1972.— Vol. 120.— P. 497—504.
Okwumabua J. O., Duryes E. J. Age of onset, periods of risk and patterns of progression in drug use among american indian high school students// Int. J. Addict.— 1987.— Vol. 22, No 12.— P. 1269—1276.
Scott P. D., Willcox D. R. Delinquency and the amphetamines//Brit. J. Psychiat.— 1965.— Vol. 111.— P. 865.
Semlitz L., Gold M. S. Adolescent drug abuse. Diagnosis, treatment and prevention//Psychiat. Clin. North. Amer.— 1986.— Vol. 9, No 3.— P. 455—473.
Siegel R. K. New trends in drug use among youth in California//Bull. Narcot.— 1985.— Vol. 37, No 2/3.— P. 7—17.
Weidman A. A. Substance-abusing adolescents in family therapy.//Int. J. Family Psychiat.— 1987.— Vol. 8, No 3.— P. 211—229.
Westermeyer J. The psychiatrist and solvent-inhalant abuse: recognition, assessment and treatment//Amer. J. Psychiat.— 1987.— Vol. 144, No 7.— P. 903—907.

Lichko A. E., Bitenskii V. S. Adolescent narcology.— A manual for physicians.— Leningrad: Medicine, 1991.— p. 304.

The manual summarizes the Russian experience of diagnostics, treatment and prevention of adolescent alcohol, opioid, cannabis, hallucinogen, inhalant, stimulant, sedative and other drug dependence and abuse. Clinical picture of acute and chronic intoxications, their atypical cases, latent and obvious withdrawal syndromes, methods of desintoxication, withdrawal treatment and antirelapse therapy are described. Differential diagnostics between drug dependence and addictive behaviour, the signs of high risk of them are summarized. The problems of general and special prevention are discussed.

АНДРЕЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ ЛИЧКО
ВАЛЕРИЙ СЕМЕНОВИЧ БИТЕНСКИЙ

**ПОДРОСТКОВАЯ
НАРКОЛОГИЯ**

Зав. редакцией *Ю. Н. Пахомов*
Редактор *Н. Я. Иванов*
Переплет художника *Н. Н. Кудрявцева*
Художественный редактор *Т. Г. Кашицкая*
Технический редактор *И. М. Жарикова*
Корректор *Р. И. Гольдина*

ИБ № 5845. Практическое руководство

Сдано в набор 03.05.90. Подписано в печать 10.12.90. Формат бумаги $60 \times 88^{1}/_{16}$. Бумага офсетная № 1. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 18,62. Усл. кр.-отт. 18,62. Уч.-изд. л. 20,62. Тираж 30 000 экз. Заказ № 745. Цена 3 р.

Ленинград, ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Ленинградское отделение. 191104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.

Ленинградская типография № 4 ордена Трудового Красного Знамени Ленинградского объединения «Техническая книга» им. Евгении Соколовой Государственного комитета СССР по печати. 191126, Ленинград, Социалистическая ул., 14.

Lichko
cians.— L
The m
and preven
stimulant,
acute and
drawal sy
relapse th
dence and
The problem

/16. Бумага
18,62. Усл.
на»,
инградского
комитета

3р.

А. Е. ЛИЧКО
В. С. БИТЕНСКИЙ

ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ